

UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD
U.E.R. DE MÉDECINE ALEXIS CARREL

Année 1978 n° 332

TITRE DE LA THÈSE

CONSIDÉRATIONS SUR LA RÉINSERTION
SOCIO-PROFESSIONNELLE DES MALADES
MENTAUX DE LONGUE ÉVOLUTION

A PROPOS DE 20 MOIS D'EXPÉRIENCE
ET DE FONCTIONNEMENT D'UN ATELIER PROTÉGÉ

THÈSE

Présentée

à l'UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD - LYON

et soutenue publiquement le 20 septembre 1978

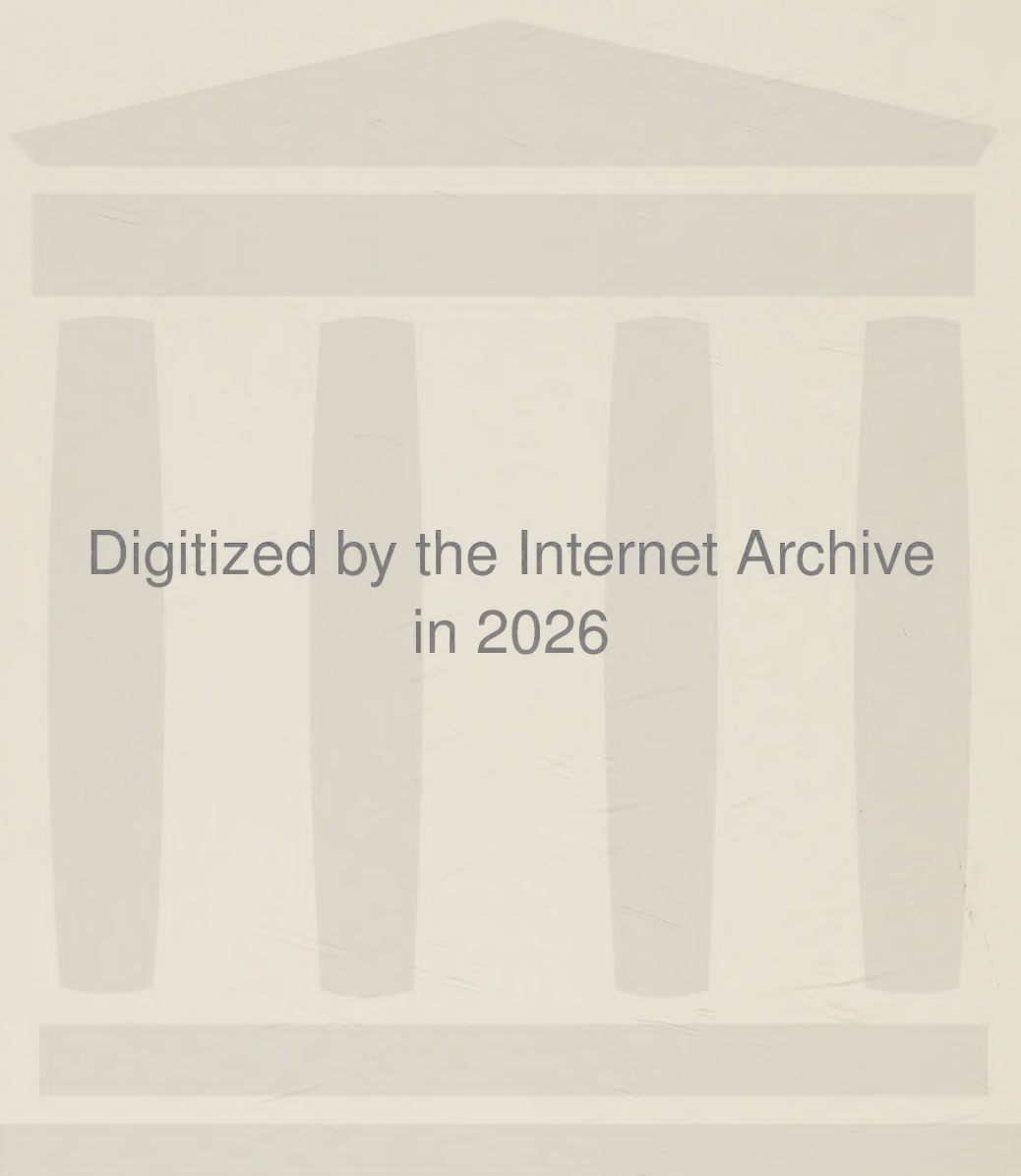
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Jean André ROCHAS

né le 2 avril 1947

à GRENOBLE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554224_0024

UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD
U.E.R. DE MÉDECINE ALEXIS CARREL

Année 1978 n° 332

TITRE DE LA THÈSE

CONSIDÉRATIONS SUR LA RÉINSERTION
SOCIO-PROFESSIONNELLE DES MALADES
MENTAUX DE LONGUE ÉVOLUTION

A PROPOS DE 20 MOIS D'EXPÉRIENCE
ET DE FONCTIONNEMENT D'UN ATELIER PROTÉGÉ

THÈSE

Présentée

à l'UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD - LYON

et soutenue publiquement le 20 septembre 1978

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Jean André ROCHAS

né le 2 avril 1947

à GRENOBLE

TITRE DE LA THESE

CONSIDERATIONS SUR LA REINSERTION
SOCIO-PROFESSIONNELLE DES MALADES
MENTAUX DE LONGUE EVOLUTION

A PROPOS DE 20 MOIS D'EXPERIENCE
ET DE FONCTIONNEMENT D'UN ATELIER PROTEGE

THESE



Présentée

à l'UNIVERSITE CLAUDE BERNARD - LYON
et soutenue publiquement le 20 septembre 1978
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

Par

Jean André ROCHAS

né le 2 avril 1947
à GRENOBLE

U N I V E R S I T E C L A U D E - B E R N A R D
=====

Président de l'Université - Professeur GERMAIN D.

Premier Vice-Président - Professeur ELBAZ E.

=====

Secrétaire Général - M. RAMBAUD J.

=====

UNITES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE ET LEUR DIRECTEUR

ALEXIS CARREL - Professeur R. MORNEIX

GRANGE-BLANCHE - Docteur SALLE B. (Maître de Conférences Agrégé)

LYON-NORD - Docteur NEIDHARDT J.P. (Maître de Conférences Agrégé)

SUD-OUEST - Professeur NORMAND J.

BIOLOGIE HUMAINE - Docteur REVILLARD (Maître de Conférences Agrégé)

TECHNIQUES DE READAPTATION - Docteur MORGON A. (Maître de Conférences Agrégé)

SCIENCES PHARMACEUTIQUES - Professeur BIZOLLON C.A.

SCIENCES ODONTOLOGIQUES - Docteur VINCENT R.

INSTITUT REGIONAL D'EDUCATION PHYSIQUE ET SPORTIVE - M. MILLON A.

MATHEMATIQUES - Professeur COMBET E.

PHYSIQUE - Professeur DELMAU J.

CHIMIE ET BIOCHIMIE - Professeur HUET J.

SCIENCES DE LA NATURE - Professeur GINET R.

SCIENCES PHYSIOLOGIQUES - Mlle le Professeur WORBE Jeanne-Françoise

INSTITUT UNIVERSITAIRE DE TECHNOLOGIE n° 1 - Professeur POUYET B.

INSTITUT UNIVERSITAIRE DE TECHNOLOGIE n° 2 - Professeur GALLET -

Directeur ENSAM

OBSERVATOIRE - M. MONNET Guy - Astronome Adjoint

PHYSIQUE NUCLEAIRE - Professeur GUSAKOW M.

U.E.R. DE MECANIQUE - Professeur COMTE-BELLOT Geneviève.

Examen van 1ste klas - 1ste klas - 1ste klas

Examen van 1ste klas - 1ste klas - 1ste klas

Examen van 1ste klas - 1ste klas - 1ste klas

Examen van 1ste klas - 1ste klas - 1ste klas

Examen van 1ste klas - 1ste klas - 1ste klas

UNIVERSITEIT VAN LEIDEN - 41 5 5 5 5 5

Examen van 1ste klas - 1ste klas - 1ste klas

Examen van 1ste klas - 1ste klas - 1ste klas

Examen van 1ste klas - 1ste klas - 1ste klas

Examen van 1ste klas - 1ste klas - 1ste klas

Examen van 1ste klas - 1ste klas - 1ste klas

Examen van 1ste klas - 1ste klas - 1ste klas

Examen van 1ste klas - 1ste klas - 1ste klas

Examen van 1ste klas - 1ste klas - 1ste klas

Examen van 1ste klas - 1ste klas - 1ste klas



Examen van 1ste klas - 1ste klas - 1ste klas

Examen van 1ste klas - 1ste klas - 1ste klas

Examen van 1ste klas - 1ste klas - 1ste klas

Examen van 1ste klas - 1ste klas - 1ste klas

Examen van 1ste klas - 1ste klas - 1ste klas

Examen van 1ste klas - 1ste klas - 1ste klas

Examen van 1ste klas - 1ste klas - 1ste klas

Examen van 1ste klas - 1ste klas - 1ste klas

RESPONSABLES D'ENSEIGNEMENT

DE L'U.E.R. ALEXIS CARREL

1er Cycle :

Anatomie - M. 1e Professeur BOUCHET Alain

Biologie - M. 1e Professeur GIROD Christian

Chimie-Biochimie - M. 1e Professeur COLOBERT Louis

M. 1e Docteur NOFRE Claude, Maître de Conférences

Agrégé

Histologie-Embryologie-Cytogénétique - M. 1e Professeur GIROD Ch.

Mathématiques-Statistiques - M. 1e Professeur SITE Jean

Physiologie - M. 1e Docteur PELLET Michel, Maître de Conférences Agrégé

M. 1e Docteur SCHMITT Michel, Maître de Conférences Agrégé

Physique-Biophysique - M. 1e Professeur BERGER Michel

Psychologie Médicale - M. 1e Professeur GUYOTAT Jean

Sciences sociales et économie médicale - M. 1e Professeur ROCHE Louis

2ème Cycle :

Anatomie pathologique - M. 1e Professeur TOMMASI Michel

M. 1e Docteur LOIRE Robert, Maître de Conférences

Agrégé

Bactériologie - M. 1e Professeur FLEURETTE Jean

Cardiologie - M. 1e Professeur DELAHAYE Jean-Pierre

M. 1e Professeur GONIN André

Chirurgie cardiaque - M. 1e Professeur MARET Gilbert

Chirurgie digestive - M. 1e Professeur FRANCILLON Jacques

Chirurgie générale - M. 1e Professeur LIARAS Henri

M. 1e Docteur SPAY, Maître de Conférences Agrégé

Chirurgie infantile - M. 1e Docteur DAUDET, Maître de Conférences Agrégé

Chirurgie osseuse-Orthopédique - M. 1e Professeur de MOURGUES Georges

M. 1e Docteur COMTET Jacques,

Maître de Conférences Agrégé

Dermatologie - M. 1e Docteur PERROT, Maître de Conférences Agrégé

Endocrinologie - M. 1e Docteur BERTHEZENE François, Maître de

Conférences Agrégé

Gastro-entérologie - M. le Professeur BEL André

Génétique générale - M. le Docteur HERMIER Michel, Maître de Conférences
Agrégé

Gynécologie - M. le Professeur ROCHET Yves

M. le Docteur BREMOND Alain, Maître de Conférences Agrégé

Hémobiologie - M. le Professeur MOREL Pierre

Hygiène - M. le Docteur MONIER Jean-Claude, Maître de Conférences Agrégé

Maladies infectieuses - M. GIROUD Maurice, Professeur Agrégé de
Val de Grâce

Maladies du sang - M. le Professeur REVOL Louis

Médecine expérimentale - M. le Professeur MORNEX René

Médecine légale - M. le Professeur ROCHE Louis

Médecine du Travail - M. le Professeur BOURRET Jacques

M. le Docteur EYSSETTE, Maître de Conférences Agrégé

Néphrologie - M. le Professeur FRANCOIS Bernard

Neuro-chirurgie - M. le Professeur MANSUY Louis

M. le Docteur FISCHER Georges, Maître de Conférences
Agrégé

Neurologie - M. le Professeur DEVIC Michel

Obstétrique - M. le Professeur GARMIER René

Ophthalmologie - M. le Docteur PAUPERT-RAVAULT, Maître de Conférences Agrégé

Oto-Rhino-Laryngologie - M. le Professeur MARTIN Henri

Parasitologie - M. le Docteur BATTESTI

Pédiatrie - M. le Professeur FRANCOIS René

Pharmacologie - M. le Docteur EVREUX, Maître de Conférences Agrégé

Pneumo-Phthisiologie - M. le Professeur TOURAIN Roger

M. le Docteur BERNARD J.P., Maître de Conférences
Agrégé

Psychologie - M. le Professeur GUYOTAT Jean

M. le Docteur MARIE CARDINE, Maître de Conférences Agrégé

Radiologie - M. le Docteur BUFFARD Pierre, Maître de Conférences Agrégé

M. le Docteur CHOLLAT Louis, Maître de Conférences Agrégé

Rhumatologie - M. le Docteur MEUNIER Pierre, Maître de Conférences Agrégé

Séméiologie chirurgicale - M. le Docteur VIGNAL Jacques, Maître de
Conférences Agrégé

Séméiologie médicale - M. le Professeur VIALA Jean-Jacques

Stomatologie - M. le Professeur DUMAS Pierre

Urgence-Réanimation - M. le Professeur DELEUZE Raymond

Mme le Docteur ESTANOVE Suzanne, Maître de
Conférences Agrégé

Urologie - M. le Docteur PERRIN Paul.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

PRESIDENT : Monsieur le Professeur Jacques BOURRET

ASSESSEURS : Monsieur le Professeur Jean GUYOTAT

Monsieur le Professeur Marcel COLIN

Monsieur le Professeur Agrégé Jacques VEDRINNE

Monsieur Maurice VERRY.

A Annie, ma femme

A Chrystèle et Brice, mes enfants.

A mes parents,

Il n'est pas de témoignage suffisant
pour leur exprimer ma reconnaissance.

Que ce travail soit pour eux un modeste
hommage.

A ma famille,

A ma belle famille,

en témoignage de ma profonde affection.

A mes amis.

A notre président de thèse,

A nos juges,

Nous sommes heureux qu'ils aient accepté
de juger notre travail.

Qu'ils soient assurés de notre respect.

A notre Président de thèse

Monsieur le Professeur J. BOURRET

Nous avons pu apprécier la clarté de son enseignement magistral. Nous connaissons l'étendue de ses connaissances et la sûreté de son jugement.

Nous le prions de croire en notre gratitude et en notre profond respect.

Nous le remercions du grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

A nos juges :

Monsieur Le Professeur J. GUYOTAT

Nous n'oublierons pas la qualité de son enseignement à la Faculté et en séminaire d'études spéciales. Nous attendons beaucoup de la pertinence de ses critiques dont nous le remercions.

Qu'il soit assuré de notre grande reconnaissance.

Monsieur Le Professeur M. COLIN

Nous avons eu l'honneur de bénéficier de ses connaissances lors de l'enseignement de Criminologie clinique. Nous savons son grand intérêt pour certains des problèmes abordés dans cette thèse.

Nous lui sommes reconnaissants d'avoir bien voulu juger ce travail.

Qu'il trouve ici l'expression de notre profond respect.

A Monsieur le Professeur Agrégé J. VEDRINNE :

Nous avons été sensible à la chaleur de son accueil.

Nous le remercions d'avoir bien voulu être parmi les membres de notre jury.

Qu'il trouve ici le témoignage de notre sincère reconnaissance.

A Monsieur M. VERRY :

Nous ne pouvons le dissocier de souvenir de notre année probatoire de psychiatrie.

Antidote de la "tentation asilaire", sans lui ce travail ne serait pas.

Nous tenons à lui exprimer ici notre profonde gratitude.

*A nos maîtres de stages pratiques lors de notre formation
médicale,*

Monsieur le Professeur MARET

Monsieur le Docteur BOUTET

Monsieur le Professeur COURJON

Monsieur le Docteur BONNET

Monsieur le Professeur REVOL

Monsieur le Professeur ROCHE

A nos maîtres de stage dans la spécialité :

Monsieur le Docteur J.R. PERRIN (Hôpital du Vinatier)

Il nous a accueilli avec une extrême bienveillance dans son service pour nos premiers pas en psychiatrie institutionnelle.

Nous avons apprécié la clarté et la richesse de ses connaissances.

Par son enseignement "osmotique", il a beaucoup contribué à notre formation.

Il nous a honoré en nous confiant ce travail durant lequel nous l'avons beaucoup sollicité. Il nous a toujours reçu avec bienveillance et compréhension.

Nous lui sommes infiniment reconnaissant et tenons à lui exprimer notre profonde gratitude.

Monsieur le Docteur ESCOLIER (Hôpital St Jean de Dieu)

Nous le remercions de nous avoir laissé nombre de responsabilités.

Monsieur le Docteur G. BALVAY (Hôpital du Vinatier)

Nous avons beaucoup apprécié la confiance qu'il nous a donnée.

Qu'il trouve ici l'expression de notre sincère reconnaissance.

Monsieur le Docteur BURGAT (Hôpital du Vinatier)

Qu'il trouve ici le témoignage de notre reconnaissance.

A mes camarades de l'Internat,

Que ce travail soit l'occasion de remercier :

Monsieur NOVEL (surveillant infirmier) pour
l'aide qu'il nous a apportée dans la réalisation de ce
travail.

Mademoiselle Annick BRILLANT (secrétaire) :
remarquable de gentillesse et de sérieux.
Nous la remercions de l'aide précieuse et du soin particulier
qu'elle a apportés dans la réalisation de cette thèse.

L'équipe de l'Association MESSIDOR - Caluire.

I N T R O D U C T I O N

CHOIX, INTERET ET DELIMITATION DU SUJET

L'homme déviant, celui qui s'écarte de la norme sociale, est voué à l'enfermement ou à l'exclusion.

Les malades mentaux n'ont pas échappé à cette règle. Depuis un siècle et demi, ils sont regroupés dans les "asiles". Les aliénistes étudient leurs manifestations pathologiques afin de pouvoir les guérir. Les résultats, d'abord décevants, vont refléter les progrès de la thérapeutique.

Cependant, il faut bien avouer que le psychiatre reste, durant de nombreuses décennies, le parent pauvre de la Médecine. Il n'a pu bénéficier qu'à retardement des immenses progrès de cette discipline scientifique.

L'idée de sortie s'est alors précisée pour devenir l'un des objectifs des traitements à l'hôpital psychiatrique. Mais le franchissement de la porte de l'hôpital par le malade ne termine pas le travail du thérapeute.

Depuis 1945, pour réinsérer le malade mental dans la société, de nouvelles tentatives ont vu le jour, tendant vers un seul but : essayer de préparer le retour à la vie sociale de ceux qui, pour des raisons de santé, en ont été longuement isolés, dans les hôpitaux psychiatriques notamment. Les problèmes de réadaptation, de réinsertion socio-professionnelle, mots que nous définirons dans le premier chapitre, sont la préoccupation des soignants et des patients. De cette préoccupation sont nées de nombreuses institutions, offrant un choix au moment de la sortie de l'hôpital psychiatrique.

Nous avons, dans notre pratique, travaillé avec quelques unes d'entre elles et nous en ferons un rapide tour d'horizon pour montrer que très souvent, la réinsertion sociale passe par la réadaptation professionnelle.

La marque de l'hôpital psychiatrique, les perturbations qu'entraînent la maladie, la longueur des hospitalisations et des traitements ont entraîné de nombreux échecs ; il semble que les difficultés rencontrées alors, apparaissent insurmontables à des personnes, certes stabilisées, mais encore fragiles.

Les employeurs hésitent à accepter un ouvrier sortant de l'hôpital ; la famille rechigne parfois à recevoir celui qui lui a créé tant de difficultés. L'entourage reste sceptique quant à la "guérison", etc... et le patient se trouve ainsi rapidement seul. Une sortie mal préparée peut entraîner une rechute de la maladie mentale et par voie de conséquence la réhospitalisation à plus ou moins brève échéance.

Cette relative inefficacité des soins nous a fait poser le problème de la réinsertion sociale du malade mental, finalité de notre métier, et elle peut expliquer d'autre part, pourquoi l'opinion publique se désintéresse de la réadaptation, à plus forte raison de celle des malades mentaux.

Nous avons profité d'une expérience originale, celle de l'Association MESSIDOR à LYON, contemporaine de nos débuts dans la pratique psychiatrique, pour approfondir l'articulation entre l'institution hospitalière psychiatrique et la vie active, à l'extérieur de l'hôpital, afin d'essayer de définir les conditions d'efficacité des organismes voués à la réinsertion sociale des malades mentaux.

A la lumière de ces données, nous tenterons de cerner les conditions d'une transition extra-hospitalière , qui puisse aider de tels sujets, tout en préservant leur autonomie ; nous parlons de transition extra-hospitalière, mais quels liens doit-elle garder avec l'hôpital ? Comment cerner juridiquement, socialement et médicalement son existence ?

Nous avons, pour essayer de répondre à ces questions, utilisé l'observation du fonctionnement de l'atelier que l'Association MESSIDOR a installé à St Clair, un quartier de Caluire ; observation effectuée sur une période de 20 mois.

Nous essayerons ensuite d'analyser les échecs des tentatives précédemment effectuées avec les 25 patients qui ont travaillé à MESSIDOR durant cette période.

Avec l'exposé des résultats obtenus, nous tâcherons de cerner l'originalité de cette expérience par rapport aux autres organismes de réinsertion et de définir les structures permettant une meilleure préparation en vue de la réinsertion.

Dans cette optique, et pour délimiter le sujet, nous pouvons considérer quatre classes de malades concernés :

1) Les jeunes malades, handicapés avant d'avoir pu acquérir une formation professionnelle,

2) Les malades adultes ayant un passé professionnel et susceptibles d'être réinsérés plus facilement,

3) Les malades ayant un passé professionnel, mais trop âgés pour être adaptés et pour qui la réinsertion est de plus en plus difficile,

4) Les patients qui approchent le troisième âge, souvent laissés à leur solitude. Ils ne peuvent pas toujours surmonter leurs difficultés économiques, ce qui les isole davantage dans la société.

Nous laisserons de côté dans cette étude, les problèmes des enfants et des adolescents, débiles arriérés, ..., et ceux du troisième âge proprement dit.

Nous limiterons donc notre sujet aux adultes qui en raison d'une hospitalisation pour troubles mentaux, voient leur activité interrompue pour une période plus ou moins longue.

Le type de prise en charge à l'hôpital psychiatrique est l'héritier d'un lourd passé.

Plutôt que de faire l'historique des soins dans l'institution psychiatrique, nous allons tenter de suivre leur évolution et dégager les concepts qui les sous-tendent.

CHAPITRE I

"C'est dans une certaine expérience du travail que s'est formulée l'exigence indissolublement économique et morale de l'internement. Travail et oisiveté ont tracé dans le monde classique, une ligne de partage qui s'est substituée à la grande exclusion de la lèpre".

M. FOUCAULT

1) ÉVOLUTION DES SOINS ET DES CONCEPTIONS MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

DANS L'INSTITUTION⁺ PSYCHIATRIQUE

"Depuis que l'on a enfermé les malades mentaux, les aliénistes n'ont jamais rêvé que de les faire sortir, et les psychiatres, aujourd'hui ne songent qu'à ne pas les faire entrer dans leurs services hospitaliers. Tel est, en effet le sens des progrès qui n'a jamais cessé d'améliorer les conditions thérapeutiques de l'assistance aux malades mentaux" (Henri EY, 16).

Au cours du Moyen Age, tous ces êtres, jusque-là considérés comme des possédés du démon, commencent à être traités en "malades". Dans ce climat de sorcellerie, c'est dans un but de charité que l'on créa quelques asiles pour aliénés (en Angleterre, en Italie, en Espagne, berceau des Frères de Saint Jean de Dieu).

Dans ce premier temps, l'idée était que les maladies physiques étaient naturelles, alors que les maladies mentales étaient "surnaturelles".

Petit à petit, la lutte menée par certains contre cette conception de la psychiatrie fit son chemin. A la suite d'un décret en 1976, on crée en France, le premier "hôpital général" chargé aussi d'accueillir les aliénés.

Finalement, on accède au début du XIXème siècle à la naissance de la psychiatrie (15)..

⁺ Pour éviter toute l'ambiguïté dont le mot "INSTITUTION" est l'objet dans le langage courant, nous emprunterons la définition de G. MICHAUD :
"L'institution, est une structure élaborée par le Collectif et qui tend à maintenir l'existence de celui-ci en assurant le fonctionnement d'un échange de quelque nature qu'il soit... Le groupe, lorsqu'il crée une institution, se trouve en accord avec elle, mais lorsqu'il évolue, sa "demande" change. S'il ne modifie pas ses institutions, celles-ci risquent de ne plus pouvoir assumer leur fonction et deviennent aliénantes pour le groupe..." (29).

Différents modèles vont se dégager :

a) Un modèle médical :

Jusqu'à la Renaissance, l'homme était considéré dans la totalité de son être. Puis, l'esprit cartésien l'a partagé en deux parties distinctes : d'un côté, la "spiritualité", de l'autre la "corporéité" ; le malade mental perdant alors sa spiritualité, devenait une "mécanique", une machine.

Au début du XIXème siècle, le mouvement de la psychiatrie scientifique est à la recherche "d'entités anatomo-cliniques" ; les psychiatres considéraient les troubles mentaux comme étant la manifestation de lésions anatomiques cérébrales.

La psychiatrie descriptive basée sur l'anatomo-pathologie se bornait surtout à être une science descriptive, mécaniciste et statique.

Les recherches partant de ces conceptions restent insatisfaisantes malgré la découverte de lésions cérébrales dans "La Paralyse Générale" par BAYLE (1822), puis de la description des délires toxiques par MAGNAN ou du processus de dégénérescence dans les démences séniles par PICK et ALZHEIMER.

Les résultats restent assez maigres ; cependant, on continue à réduire toute la pathogénie mentale à un facteur lésionnel organique, pouvant être héréditaire.

Ces conceptions dualistes et cartésiennes de l'homme peuvent se résumer ainsi : troubles psychiques = lésions cérébrales, que l'on s'efforce de localiser.

Ce concept médical aboutit tout naturellement à l'enfermement de ce "fou-machine" pour qu'il soit "protégé contre lui-même" et aussi pour protéger les autres : la société.

Le seul remède efficace de la maladie mentale est donc de mettre l'homme à l'abri. Concrètement, après presque un an de débats à la Chambre, c'est la promulgation de la loi du 30 juin 1838 qui prévoit la mise en place dans chaque département d'un établissement destiné à soigner les aliénés.

b) Que l'homme puisse être perturbé dans sa vie émotionnelle et ainsi devenir psychiquement malade, n'a commencé à être concevable que vers la fin du XIXème siècle.

Le concept de la localisation cérébrale pour les grandes fonctions psychiques est remis en cause ; c'est avec FREUD, la découverte de l'inconscient et l'étude des névroses. On accède à l'hypothèse de maladies nerveuses sans lésion anatomique.

Dans l'évolution de la pratique de la psychiatrie institutionnelle, l'arrivée de la psychanalyse marque un tournant.

Avec la théorie précédente, organiciste, maladie mentale = maladie physique, on aboutit à une nosographie riche, mais artificielle des "maladies mentales", aliénée à un système. Le malade mental, l'être atteint par la maladie, est un peu délaissé.

Avec cette révolution qu'est le concept de maladie d'origine mentale ou psychogénétique, un grand pas a été franchi et certains actuellement étendent ce concept à toute la société, à toute l'humanité : l'antipsychiatrie est née et c'est la société, génératrice de troubles, qu'il faut soigner : c'est en quelque sorte une négation de la maladie mentale ; la boucle est bouclée.

Depuis l'après-guerre, les idées ont évolué ; les concepts biologiques réalimentent les recherches (médiateurs chimiques, monoamines cérébrales, etc...), les concepts mécanicistes sont rénovés avec l'apport de la notion de forme de la Gestaltpsychologie ou la dynamique instinctive dans la mécanique, inspirée d'une réflexologie pavlovienne.

Tous convergent vers une doctrine nouvelle, organo-dynamiste, point d'équilibre selon Henri EY entre les diverses tendances.

c) La naissance de l'hôpital psychiatrique qui succède à l'asile, peut être considérée comme la résultante de cette évolution historique et sociale (32) :

Jusqu'au XVIIIème siècle, la folie avait une fonction au sein du groupe. C'est ce qu'encore actuellement on peut observer avec "*l'idiot du village*".

Puis, de grandes maisons d'internement sont construites pour rassembler tous ceux qui, par rapport à la raison, à la morale et aux normes de la société, se démarquent en donnant des signes de marginalité. En fait, tous ceux qui étaient incapables de servir la production, la circulation et l'accumulation des valeurs et des richesses, devenaient dangereux pour la famille, le groupe, la société. Il fallait les mettre hors circuit...

La Révolution de 1789, bouleversant les structures sociales, se gardent bien de changer quoi que ce soit à cet état de choses ; elle restera donc pour le fou, une révolution bourgeoise soucieuse de préserver sa bonne conscience : après 1792, où PINEL à l'hospice de Bicêtre retire les chaînes des aliénés enfermés dans les cachots, c'est l'avènement du traitement moral. Quelques années encore sont nécessaires pour essayer de concilier cette bonne conscience en garantissant l'ordre social, protégeant ainsi la société bourgeoise, grande héritière de la Révolution, tout en préservant les aliénés des mesures arbitraires ; c'est la promulgation de la loi du 30 juin 1838.

C'est de cette évolution et surtout de cette loi que sont nés les hôpitaux psychiatriques départementaux actuels, marqués ainsi par l'ambiguïté de la folie.

Depuis la fin de la deuxième guerre mondiale, les asiles, univers concentrationnaires, tentent progressivement de s'ouvrir sous l'influence croissante, d'une part des théories psychanalytiques, et l'introduction, ensuite, des neuroleptiques facilités par la théorie organo-dynamique (H. EY) d'autre part. Ces tentatives sont relancées après 1968.

Travaillant à l'intérieur de cette institution, nous sommes confrontés à deux réactions opposées :

- protestations de l'opinion publique contre le psychiatre et l'internement arbitraire,
- protestations contre la trop grande liberté laissée aux fous ; n'est-il pas question aujourd'hui par exemple, de recréer une unité "de sécurité" dans chaque hôpital...

Cette attitude est due à l'ambivalence à l'égard du malade mental, qui, restant souvent déviant, déçoit cette société qui se veut bonne. Cet être malade a cependant droit à la compréhension d'autrui, à condition qu'il soit tenu à distance. Le fou, joue alors, pour la société globale, ce rôle de *"l'idiot du village"* ; on en plaisante, on raconte des histoires sur lui, on en fait des films à sensation ou des articles de faits divers, en y mêlant au besoin le mythe du psychiatre, plus fou que son malade ; ce qui a pour effet de canaliser l'angoisse du système social, de la focaliser sur les déviants de la société. Ceci permet aussi de maintenir la distance entre le fou et le normal ; concrètement, les grands hôpitaux psychiatriques sont construits à la périphérie des villes, matérialisant cette distance.

"L'hôpital psychiatrique et le personnel qui prennent en charge le fou et qui lui donnent son statut de malade mental, se trouvent héritiers des transformations socio-politiques qui ont conduit à l'organisation d'un champ clos réservé à la pathologie mentale, par lequel une société de rationalité et d'efficacité se donne les moyens de se protéger du danger de désorganisation que constitue le fou, en perpétrant la fonction fantasmatique de la folie. Désormais le drame de la folie se joue sur trois axes : les pouvoirs publics (législateurs et magistrats), la science (médecins), la conscience générale (opinion publique, famille du malade)" (D. STORPER-PEREZ, 32).

La difficulté à laquelle nous nous sommes souvent heurtés résulte du fait qu'appartenant à cette société, payés par elle et travaillant à l'intérieur d'une de ces institutions, nous devons répondre à deux préoccupations :

- . soigner les individus que la société confie à cette institution. Ces patients sont souvent jugés par elle irrécupérables, coupables autant que malades ; ils représentent un danger dont elle doit se protéger.
- . le but de ces soins est la stabilisation de la maladie. Ce but étant pleinement atteint lorsque grâce à cette stabilisation - nous ne parlerons pas de guérison - nous pourrions entreprendre de réinsérer, réintégrer ces personnes dans la vie sociale.

L'hôpital psychiatrique est alors le tremplin de cette réinsertion, mais c'est un tremplin qui n'est pas suffisamment élastique car il a un trop lourd héritage ancestral.

"Il y a donc eu passage de l'image du médecin, défenseur d'une forme d'organisation sociale, à celle d'un défenseur du Moi, d'un individu en lutte" (P.A. LAMBERT, 27).

d) Au niveau de l'hôpital, les tendances de ce mouvement, qu'il soit médical, psychologique ou social, se traduisent par l'acquisition d'un arsenal thérapeutique dont nous retraçons brièvement l'histoire :

- Traitement physique par la contention, la saignée, les ventouses, le fer rouge, les bains froids, l'immersion surprise provoquant une suffocation, les tourniquets, les sondes, etc...

- L'utilisation des médicaments remonte à l'antiquité avec la prescription des eaux alcalines, l'action se centrant plus tard sur la sphère digestive : émétiques, purgatifs, huile de ricin et enfin, l'apparition en thérapeutique des opiacés, de l'ergot de seigle. Tous ces moyens de soins font étrangement penser à un exorcisme ; la maladie est entrée dans le corps (par un orifice ou à travers le corps), il faut l'en faire sortir...

- Cependant, dès 1874, LEVY, puis WEIR MITCHELL prescrivent le bromure de lithium comme sédatif et anticonvulsivant ; c'est le début de l'ère des bromures et du chloral.

En 1915, apparaît le Phénobarbital, et en 1938 les Amphétamines, produits synthétiques peu utilisés au début.

- Apparition au début du XXème siècle des traitements dits de choc : malariathérapie en 1917 (WAGNER VON JAUREGG) dans le traitement de la paralysie générale, choc avec le nucléate de sodium utilisé peu avant par J. LEPINE ; injection de soufre colloïdal (1927), cure à l'insuline (SAKEL, en 1932), choc électrique en 1938 utilisé par BINI et CERLETTI et enfin, choc cardiazolique en 1939.

- A la faveur de la deuxième guerre mondiale, on s'éprend de psychochirurgie (lobectomie, topectomie) et malgré des effets secondaires importants, il semblait que l'on tenait là une bonne thérapeutique de la folie... En fait, on peut voir aujourd'hui à l'hôpital ce que sont devenus certains de ces patients ainsi traités...

- En 1952, c'est une révolution que l'apparition de la chlorpromazine ; P. CHARPENTIER en 1950 synthétise cette nouvelle molécule, qui tombe plus ou moins dans l'oubli pendant deux ans.

Dans une perspective anesthésiologique de prévention des états de choc et d'hibernation, H. LABORIT publie un article intitulé : "Un nouveau stabilisateur végétatif : le 4560 RP" où il signale l'état de désintéressement avec déjà des prédictions timides en matière de psychiatrie.

Ce même mois de février 1952, J. HAMON publie une observation de manie traitée entre autre par le 4560 RP.

C'est alors que tout va très vite : J. DELAY publie plusieurs communications de psychoses aiguës et d'état d'agitation, traités à la chlorpromazine avec un certain succès (11).

Entre 1950 et 1954, ce nouveau médicament a eu des difficultés à trouver sa place : ganglioplégique, potentialisateur, stabilisateur végétatif, neurolytique, neuroplégique, ataraxique, tranquillisant, etc... Il faut attendre 1954 pour que H. STECK décrive les similitudes de la chlorpromazine et de la réserpine soulignant son action "NEUROLEPTIQUE".

Cette découverte donnait l'élan à d'autres : Phénothiazines fluorées ou piperazinées, butyrophénones, faisant reculer d'autres thérapies biologiques : cure de SAKEL et électrochocs, bien qu'on admette encore qu'elles gardent actuellement leurs indications.

Parallèlement, à partir de 1957, apparaît sur le marché la série des anti-dépresseurs qui représentent un progrès considérable dans le traitement des dérèglements de l'humeur à forme dépressive.

Une seconde révolution, à notre sens, a eu lieu en 1968-69, avec l'apparition, puis la généralisation des formes galéniques à longue durée d'action des neuroleptiques : OENANTATE de FLUPHENAZINE en 1966, DECANOATE de FLUPHENAZINE, PIPOTHIAZINE en 1968.

Dès 1959, l'Ecole lyonnaise avec A. REVOL et P.A. LAMBERT s'intéressait déjà à cette forme, injectable, des neuroleptiques (16).

Cette époque nous ramène à notre sujet puisque l'injection de ce produit retard peut conditionner la régularité des consultations de post-cure, et faciliter la réinsertion du patient à l'extérieur, par sa bonne tolérance liée à la dose très petite de produit efficace.

Mais cette évolution de la thérapeutique des maladies mentales est liée également à l'extension à la psychiatrie du champ des sciences "humaines" : sociologie, psychologie sociale, psychanalyse.

Le malade mental appartient à un groupe social et son traitement doit donc aboutir à sa réinsertion au sein d'une société.

2) DÉFINITION : RÉADAPTATION - RÉINSERTION

"Enfin, la médecine sera ce qu'elle doit être, la connaissance de l'homme naturel et social" LANTHENAS⁺

⁺ Cité par M. FOUCAULT dans "Naissance de la clinique", P.U.F., 1963.

D'une manière générale, l'opinion publique se désintéresse de la réadaptation des handicapés, à plus forte raison de celle des malades mentaux.

Rares sont ceux qui reconnaissent qu'une réadaptation, pour qu'elle ait des chances de réussite, doit être individuelle, adaptée à chacun, avoir une continuité poursuivie sans trop d'efforts ; son but apparaît lors de l'intégration du handicapé dans la société.

L'apparition du mot READAPTATION dans l'institution psychiatrique remonte à peu près à la dernière guerre, avec la création des C.T.R.S. (= Centres de Traitement et de Réadaptation Sociale).

Nous donnerons trois sens à ce mot :

- adaptation à une situation nouvelle due à un changement extérieur ménageant toutefois une certaine continuité,
- adaptation après une interruption, une coupure,
- adaptation à l'addition des deux éléments précédents.

Les objectifs d'une hospitalisation en milieu psychiatrique sont dans un premier temps, les soins et la prise en charge visant une stabilisation, sinon une guérison, et dans un deuxième temps la réadaptation à la vie dite "normale", c'est-à-dire la "ré-insertion" dans la société.

Pour cette raison, nous avons choisi d'utiliser plutôt que le mot réadaptation, le mot réinsertion : "insérer" pour le dictionnaire Robert est le fait "d'introduire (une chose) dans une autre de façon à l'incorporer... mais aussi de faire entrer, mettre dans..." - antonyme d'ôter, retirer, retrancher.

Cela suppose que les malades ont été à un moment retirés de la vie sociale et professionnelle malgré eux.

La réinsertion socio-professionnelle a pour but le retour à la vie dite normale avec d'éventuels aménagements : elle se pose ainsi en aboutissement de la réadaptation.

Cette possibilité devrait pouvoir être donnée à l'handicapé ; libre à lui d'en faire ce qu'il veut, de choisir, de remettre éventuellement en cause son reclassement s'il ne lui convient pas à l'usage. Comme n'importe quel individu, il pourra, au bout d'un certain temps, changer d'orientation ou d'employeur. Pour un handicapé, l'objectif d'une réinsertion "réussie" est d'être soi-même à sa place dans la société, même si cette place doit être aménagée en fonction de l'évolution et des progrès personnels.

Ceci nous laisse entrevoir que réinsérer est un travail important et de longue haleine.

Nous pouvons nous demander pourquoi ce problème de réinsertion se pose à l'hôpital psychiatrique et à un moindre degré dans les hôpitaux généraux ? Bien sûr, la durée du séjour est un facteur essentiel puisque le même phénomène se rencontre dans les sanatoriums, les institutions de réadaptation fonctionnelle, les prisons, etc... Les personnes concernées présentent toutes les mêmes signes d'une "névrose institutionnelle" (RUSSEL BARTON, 5).

M. FOUCAULT écrit dans son "Histoire de la folie à l'âge classique" : "L'homme a cherché, depuis la Renaissance, à dresser une frontière infranchissable entre raison et folie.../... puisqu'aussi bien la folie, c'est le déjà-là de la mort".

C'est à cette "frontière infranchissable" que la réinsertion, du moins ceux qui s'en occupent, ont la prétention de s'attaquer.

Donc, deux entreprises iront de pair : préparation du malade pour une réadaptation socio-professionnelle et préparation d'un milieu accueillant pour le recevoir.

L'ensemble de la prise en charge, réadaptation comprise, est le gage de la réussite pour la réinsertion professionnelle. Tout ceci représente un long travail, semé d'embûches, certes, la première tentative n'étant souvent pas la bonne. Il faudrait savoir tirer la leçon des expériences malheureuses ou des échecs antérieurs pour mieux préparer les réussites futures. C'est ce que nous tâcherons d'aborder dans le deuxième chapitre.

Dans le contexte actuel, nous avons choisi d'étudier une expérience originale limitée, mais concrète. Après en avoir exposé les résultats, nous essayerons d'en tirer quelques conclusions applicables à l'ensemble des problèmes posés par la réinsertion.

Avant d'aborder le sujet proprement dit, il faut définir l'intérêt d'un travail pour les malades mentaux adultes et évoquer brièvement les expériences de réinsertion effectuées depuis l'après-guerre.

3) INTÉRÊT DU TRAVAIL POUR LES MALADES MENTAUX ADULTES :

Depuis très longtemps, on a voulu faire du travail un but et un moyen de traitement des maladies mentales.

"L'occupation est le meilleur remède de la nature et est essentiel au bonheur humain" (GALLIEN, 5).

Inversement, peut-on dire que l'inoccupation, l'inactivité peuvent rendre malade ?

Pour M. FOUCAULT (17), le travail est "ce qu'il y a de plus agréable pour le malade, et ce qu'il y a de plus opposé aux illusions de sa maladie".

PINEL déjà le pensait et d'autres bien avant lui ; en Angleterre notamment, on occupait les malades des hôpitaux psychiatriques pour ne pas les laisser oisifs, plutôt que pour les intéresser à un travail.

Le travail, considéré "comme la plus saine et la plus agréable des distractions", se répand en France dans les asiles, les hospices et même les prisons. Il s'agit d'un travail rémunéré, souvent rentable pour l'institution.

Puis, comme toutes les modes, le travail dans les asiles, sans but de réinsertion, est un peu oublié au profit d'autres thérapeutiques souvent plus brutales (bains, immersions, etc...).

Après une longue éclipse, avant la deuxième guerre mondiale, à l'étranger, et notamment en Allemagne, avec Herman SIMON, puis en France, l'ergothérapie regagne ses lettres de noblesse : "c'est le traitement par le travail" à l'intérieur de l'institution.

En 1958, une circulaire ministérielle rappelle les différents textes précédents concernant la "thérapeutique par le travail" (règlement des hôpitaux psychiatriques, modèles de 1857 et de 1938) et assure de plus une rémunération pour les travaux effectués.

Ce problème du "pécule" suscite la controverse chez les différents auteurs ; les uns pensent que l'hôpital prenant tout en charge n'a pas à payer en plus les malades qu'il reçoit, les autres partant du principe que "toute peine mérite salaire" demandent un salaire décent pour les malades travaillant à l'ergothérapie ; ce qui constitue un élément important de resocialisation.

On voit encore aujourd'hui dans bon nombre de "centres spécialisés" des malades, souvent chroniques, occuper des emplois pénibles aux cuisines, à la blanchisserie, à la dépense, etc... fournissant largement le même travail que les employés de l'hôpital et qui sont payés au maximum du pécule (150 F par mois en 1978) sans garanties, sans congés et surtout, sans considération de leur dignité.

Dans ce domaine, il ne semble pas y avoir de position bien tranchée et nous pensons qu'il s'agit avant tout d'un problème médical que seul le médecin peut évaluer et décider avec le malade lui-même et l'équipe soignante.

Par contre, nous ne pensons pas que l'ergothérapie institutionnelle soit une bonne méthode de réadaptation à la vie extérieure ; nous en voulons pour preuve la présence régulière et immuable des plus "beaux" chroniques de l'hôpital, reproduisant ainsi un univers quasi-concentrationnaire. La maintenir dans de telles conditions est anti-thérapeutique et il faut vite l'abandonner quand elle ne se meurt pas d'elle-même, faute de dynamisme.

Actuellement, les préoccupations se sont tournées vers le travail dit "protégé" ; il s'agit de systèmes de travail offerts aux malades mentaux allant de la dépendance complète (Cf. dans certains centres d'aide par le travail) à une autonomie presque totale.

En milieu urbain, les possibilités sont surtout offertes dans l'industrie ; cependant, le milieu agricole semble à priori plus accueillant...

Le rôle du travail paraît donc primordial dans une tentative de réinsertion ; il s'agit non pas, à l'image de l'ergothérapie institutionnelle, d'une occupation, mais dans le cadre d'une thérapie active, d'une orientation, d'un travail adapté, d'un apprentissage et d'un réentraînement à l'effort, aux horaires, aux contraintes.

Le travail doit être le plus proche possible de celui exécuté à l'extérieur dans le circuit "normal" ; une notion apparaissant importante pour son bon déroulement : "le sérieux du travail" (28), déjà préconisé par H. SIMON.

Il s'agit de la croyance en la réalité du travail et en son utilité, que l'on ne retrouve pas toujours au niveau de l'ergothérapie (petites voitures miniatures et autres pinces à linge...). Mais un travail n'est pas forcément utile pour être valorisant, nous en voulons pour preuve les "chefs d'oeuvre" effectués par les "compagnons" pour

évaluer la perfection, la beauté d'un travail. Le travail dans ce cas est un "aboutissant" d'une part pour celui qui l'a exécuté, d'autre part pour celui qui le regarde : il n'a pas de prix, il représente un échange matériel avec autrui et aussi un échange affectif.

Actuellement, dans l'ergothérapie pavillonnaire dite industrielle, ce qui est reproduit, est "l'émiettement" (le travail en miettes (20), la parcellisation du travail au sens que lui donne FRIEDMANN (19) : il n'a rien de structurant, c'est en cela qu'il est "anti-thérapeutique".

Le travail bien fait, que l'on s'applique à bien faire, prend alors une valeur, il permet de représenter l'homme dans la société : on parlera de son travail avec dignité et même enthousiasme ; il deviendra respectable et digne d'intérêt.

En fait, le temps moyen de travail est de huit heures, parfois plus, parfois moins, les loisirs peuvent être un élément important de la réinsertion sociale, ne serait-ce que par son élément relationnel.

En effet, le loisir faisant partie intégrante de la vie, a une grande influence sur le travail ; de nos jours, on ne conçoit pas de travailler sans périodes de repos, de congés. Ce temps a une grande importance bien que celui du travail soit encore plus important dans la vie. Une relation amicale nouée au sein du travail peut se prolonger dans la vie de loisirs : rencontres sportives, réunions de café, de clubs, d'amicales, etc... Travail et loisirs apparaissent comme deux éléments fondamentaux de l'intégration sociale ; ils impliquent des rapports avec autrui : hiérarchiques, de camaraderie, de modèles à imiter, etc...

Finalement, les rapports avec l'autre seront basés sur le respect de l'autre "travailleur". Le travail terminé, pendant le temps de loisirs, ce respect pour "l'homme" demeure.

Dans cette optique, le travail utilisé en thérapeutique devient un moyen de restructuration de l'homme malade ; un adage populaire dit : "le métier fait l'homme".

Dans notre système, le travail fait partie de la vie sociale ; il se manifeste comme une fonction d'engagement dans la réalité. De nos jours, sa signification sociale est primordiale, par le statut qu'il confère à celui qui l'exécute. Les horaires, le rendement, la cadence, la production déterminent de nouveaux critères de normalité qui rendent difficile l'intégration des citoyens les plus fragilisés dans les circuits de production.

Ce phénomène est amplifié actuellement avec la recession économique : en effet, nous voyons de plus en plus de candidatures pour un travail protégé. Beaucoup sont présentées par des handicapés qui jusque-là étaient employés dans le circuit normal : ils sont souvent les premières victimes du "chomage économique".

Cela explique en partie les difficultés de la réinsertion socio-professionnelle qui, depuis 1945, demeure une préoccupation.

4) LA RÉINSERTION EN FRANCE DEPUIS 1945

Dans la première moitié du XIXème siècle, on proposait aux malades paisibles, aux aliénés non agités, de travailler dans des conditions à peu près semblables à celles rencontrées lors de leur sortie, il s'agissait habituellement d'un travail artisanal, surtout rural.

La révolution industrielle a bouleversé la situation, "déterminant un nouvel agencement de l'aliénation de l'homme par rapport au produit de son travail (normes de rendement)" (23).

Aux U.S.A., une expérience timide est tentée avec "the occupational therapie" pendant la guerre. Il s'agit d'un mouvement volontariste, qui introduit dans quelques hôpitaux psychiatriques, les méthodes de "réhabilitation" conçues pour les handicapés physiques.

En Allemagne, H. SIMON, dès la fin de la guerre 14-18, élabore une théorisation de l'ergothérapie, secouant ainsi la passivité asilaire des établissements psychiatriques trop gigantesques pour être à la mesure de l'homme.

Tout de suite après la seconde guerre mondiale, certains établissements en France et en Angleterre ont subi des dommages ; le manque de moyens financiers et de main d'oeuvre amenèrent à faire largement participer les malades valides aux travaux de reconstruction ; ils s'y emploient souvent aussi bien que de véritables professionnels... On ne peut parler dans ce cas de travail thérapeutique tel qu'il était compris avec l'ergothérapie.

a) L'ergothérapie pavillonnaire :

Profitant des idées de H. SIMON et du mouvement de psychothérapie institutionnelle, l'ergothérapie (= traitement par le travail) va connaître ses heures de gloire :

"On réunit sous ce titre les activités de mobilisation initiées pendant une cure qui fait vivre au malade une situation de régression contrôlée et prolongée (électrochocs, cure de Sakel, psychotropes, hospitalisation avec déafférentation socio-relationnelle...).

L'ergothérapie place le malade dans un monde simplifié ; elle tend à lui permettre de reprendre la mesure de son corps et de son geste, en affrontant la matière qui résiste, et de faire ainsi une expérience de maîtrise et d'appropriation.

Elle favorise d'abord l'expression libre ; l'engagement du malade dans la réalité prendra ensuite des formes aux structures praxiques de plus en plus différenciées et expressives dans leur signification (P. SIVADON, 23).

Le risque est l'installation prolongée dans une activité stéréotypée de bas niveau, H. SIMON disant lui-même que toute technique pouvait avoir plus d'inconvénients que d'avantages si elle est poussée à l'extrême et on aboutit rapidement au "BUSY WORK" américain (= travailler pour être occupé).

On a quelquefois comparé l'ergothérapie à un lieu de rééducation des mouvements ; SIVADON et AMIEL dans "Psychologie du travail" nous donnent la réponse : *"L'utilisation du travail, en thérapeutique psychiatrique ne semble pas pouvoir être réduite à un exercice rééducatif neuromusculaire, encore moins à une distraction hédonique et à un simple détournement des tentions intrapsychiques qui structurent la maladie"*.

En 1952, le Docteur SIVADON va établir les bases d'une théorie de l'ergothérapie, en définissant les meilleures conditions de son exploitation, théorie qu'il développe plus tard.

"Il ne pourra en aucune façon s'agir d'offrir simplement aux malades des occupations quelconques et faites n'importe comment" (33).

On ne peut pas terminer ce paragraphe sans mentionner le dynamisme des sociétés de CROIX MARINES⁺ dans l'implantation avant 1958 des ateliers d'ergothérapie.

L'ergothérapie reste un moyen de "thérapie" et ne doit pas être considérée comme un lieu d'apprentissage. L'ergothérapie sera thérapeutique par la situation créée, la relation soignant - soigné unis par la matière, par l'objet créé. Dès les premières années de son utilisation, elle est considérée comme un phénomène libérateur, comme un avant goût de la sortie permettant tous les espoirs. C'est sans doute pour cette raison qu'elle s'est tournée vers des travaux de type industriel pour favoriser un réentraînement à la cadence. Très investie par les milieux soignants, elle a été progressivement délaissée par les médecins lorsqu'ils découvraient, après 1952, les perspectives données par les neuroleptiques.

⁺ "Fédération des sociétés d'hygiène mentale de CROIX MARINES" fondée en 1947 autour de P. DOUSSINET, sous la présidence de Madame DELAUNAY.

Malheureusement, on peut voir aujourd'hui dans tous les hôpitaux, dans toutes les unités possédant un atelier d'ergothérapie, ce qu'ils sont devenus...

Sclérosés, sans dynamisme, mornés, nous avons beaucoup de "résistance" à le prescrire comme une thérapeutique.

b) Hôpital de nuit - hôpital de jour - clubs psychothérapiques :

Ces formules d'hospitalisation souple permettent dans le premier cas d'effectuer une sortie en deux temps ; le malade travaille durant la journée à l'extérieur et retrouve un milieu protégé durant ses heures de loisirs ; actuellement, en pratique, il s'agit plus d'une facilité d'hébergement en attendant la première paie : le soir, les équipes soignantes sont réduites et le malade rentre pour dormir ; il reste souvent isolé.

L'hôpital de jour, imaginé simultanément au Canada, en Angleterre, et en U.R.S.S., il y a une vingtaine d'années, apparaît comme une formule nécessaire : il a statistiquement diminué le pourcentage des admissions en hôpital psychiatrique.

Développé en France, notamment dans le cadre de l'association de lutte contre les maladies mentales dans le XIIIème arrondissement de Paris. Il est conçu comme de petits hôpitaux psychiatriques urbains sans hébergement nocturne (2).

Notre pratique se limite à la prise en charge "en hospitalisation de jour" dans l'hôpital psychiatrique. L'entourage suffisamment cohérent du malade joue un rôle déterminant dans la réussite du traitement. La psychothérapie de groupe, l'ergothérapie s'avèrent dans certains cas intéressantes (8).

En définitive, l'hospitalisation de jour permet de limiter les phénomènes de déafférentation relationnelle socio-familiale.

Quant aux clubs psychothérapeutiques intra-hospitaliers, ils ont eu leurs succès autour des années 1960, toujours sous l'élan des Croix Marines (Jean OURY). Mais il faut mentionner l'enthousiasme de quelques pionniers comme TOSQUELLES et P. BALVET à St Alban, dès 1945. Ils se différencient de l'institution, en ce sens que leur structure (association, loi 1901), apparaît comme "horizontale" en opposition à l'organisation hospitalière traditionnelle de type pyramidale, donc verticale : son autonomie financière lui permet de gérer l'ergothérapie, de répartir les bénéfices, d'avoir des activités culturelles (bibliothèque, cinéma...) ou sportive. Ils s'apparentent à une formule de soins sociothérapiques et visent à faire prendre en charge des activités par les malades eux-mêmes (importance de la relation d'argent).

Leurs structures sont adaptées à des formes prolongées de l'hospitalisation, ce qui leur donne un air "d'oeuvre sociale hospitalière". Dans notre pratique, nous n'en avons pas l'expérience.

Il semble qu'à une certaine époque, ces clubs furent présentés comme étant une pièce maîtresse de la thérapeutique institutionnelle. Ceci ne peut être efficace que s'il existe une sensibilisation à une écoute concrète de ce qui est dit et agi par et avec les malades.

Plus proches de la réalité, hors des murs de l'hôpital, les Centres de réadaptation, les Centres d'Aide par le Travail, les Ateliers Protégés et les foyers de post-cure offrent un éventail de possibilités à la sortie.

c) Centres de réadaptation :

Dès 1953, le rapporteur du budget de l'Action sanitaire et sociale attirait l'attention sur le problème posé par la réadaptation des malades atteints de maladies mentales (en particulier, les alcooliques) (26).

A peu près aux mêmes dates, le Docteur SIVADON préparait le plan de lutte pour la santé mentale à la Mutuelle de l'Education Nationale. Nous prendrons comme exemple original de centre de réadaptation, celui de BILLIERS dans le Morbihan. Il se situe sur le domaine de Prières acheté le 4 avril 1955 ; les travaux de construction commencèrent en 1957, financés par la Mutualité agricole du Morbihan, avec une dizaine de caisses affiliées des régions OUEST.

Le Docteur LAMARCHE en prend la direction. 150 lits sont ouverts en 1961. Son but est de recevoir à la sortie des hôpitaux psychiatriques des handicapés mentaux du sexe masculin, dont la réinsertion sociale présente des difficultés ; en principe, des malades dont les précédents placements ont échoué : il s'agit donc d'un lieu de post-cure.

L'équipe se compose d'une direction médicale : un sous-directeur, deux internes, trois assistantes sociales, un chef de culture, une trentaine de moniteurs et deux infirmières. Le travail proposé est exclusivement agricole : élevage, horticulture et artisanat rural : sur les 20 ha du domaine de "PRIERE", ancienne abbaye, sont installés cinq pavillons de 30 lits et un bâtiment médical comprenant une infirmerie de 25 lits, un cabinet dentaire, une salle de pansements, un laboratoire d'analyses, une pharmacie, un laboratoire d'Electroencéphalographie, une salle de radiologie.

D'autre part, on trouve les bâtiments administratifs et de logement des personnels, les poulaillers, les ateliers (garages, forge, menuiserie, outillage), la ferme avec boxes de stabulation, la laiterie, l'étable, la porcherie et le magasin de vente des produits fournis. Ajoutons à cela une église, un cinéma et un terrain de sports ; tout ceci étant à l'origine exclusivement réservé aux hommes. Ce n'est qu'en 1974 qu'une trentaine de femmes sont admises (se référer pour les détails de fonctionnement à la thèse de Y. LONGIN) (28).

Il semble que la communauté du centre est relativement ouverte, ses activités se rapprochant de celles de la vie extérieure. L'ensemble reproduit un village avec l'équipement propre à chaque activité.

On peut regretter qu'avec ses 250 personnes au total, il soit à la limite du gigantisme des hôpitaux psychiatriques. Il semble en outre être plus ou moins bien inséré dans le réseau des autres organismes existants.

Dans son effort de réinsertion (1), il faut mentionner les inévitables échecs : retour à l'hôpital psychiatrique lors des rechutes ; le dispositif médical étant insuffisant pour garder les malades ayant une trop importante pathologie ; mauvaise indication de départ, échec des placements à la sortie, sortie vers un milieu protégé, abandon du séjour (fugues, reprises par la famille, etc...).

d) Les Centres d'Aide par le Travail : (C.A.T.)

Ils sont créés en 1952 par une circulaire ministérielle de l'Aide sociale.

En général, ils fonctionnent grâce aux subventions de l'Aide sociale, suivant un prix de journée, assurant une sécurité financière au détriment de son autonomie de fonctionnement : il faut remplir les places disponibles. Les critères de sélection et les indications (importance du Q.I. du sujet, adaptabilité à certains types de travaux) font qu'ils sont pratiquement réservés aux débilés profonds et moyens, aux mongoliens et à de rares psychotiques de bas niveau (psychose déficitaire).

Le niveau de qualification du travail reste bas et les rémunérations sont souvent "symboliques". Ils ne reproduisent absolument pas les conditions rencontrées dans le monde du travail et les placements y sont habituellement de longue durée.

Nous avons participé pendant quelques mois à la vie du foyer des Ateliers Denis CORDONNIER à Dardilly. Il s'agit d'un centre d'aide par le travail pour handicapés mentaux profonds adultes, occupant actuellement environ 300 ouvriers avec une proportion égale de garçons et de filles. Le handicapé mental étant par définition d'avantage un "manuel", il pourra

trouver dans ce centre, avec les activités manuelles, matière à se réaliser et à s'épanouir.

Les ouvriers sont répartis dans les différents ateliers suivant leurs capacités : il y a des ateliers productifs, d'autres de production moyenne et certains qualifiés "d'ateliers thérapeutiques" où la notion de productivité est abolie". Cette formule de diversification des ateliers avec un petit nombre d'ouvriers, a l'avantage d'encourager les plus actifs, le salaire étant fonction du travail effectif.

D'une manière générale, l'objet à construire est choisi de telle sorte que le nombre de gestes nécessaires pour son exécution corresponde plus ou moins au nombre d'ouvriers de l'atelier avec une très large tolérance dans les changements de poste évitant ainsi la monotonie entraînée par le travail à la chaîne.

Certains ouvriers, d'un niveau plus élevé, arrivés à une autonomie verbalisée, peuvent quitter le travail à la chaîne pour d'autres activités plus individualisées : une équipe de maçonnerie est ainsi en place, de même qu'une équipe chargée de l'entretien des espaces verts à l'intérieur du centre comme à l'extérieur.

L'existence d'une section spéciale de six psychotiques de bas niveau, montre le souci thérapeutique des dirigeants de ce centre. D'ailleurs, leur politique est de ne pas "exploiter" les débilés avec des travaux à bas prix et de diversifier au maximum les temps de la journée.

L'un des autres buts est de ne pas garder à vie les ouvriers, mais de les faire évoluer vers le secteur normal. Cela ne pourra se faire que très lentement, ce qui a conduit à envisager l'aménagement de structures de vie pour les handicapés mentaux âgés.

Le souci de conserver une dimension humaine sécurisante, se retrouve dans la remarquable architecture de l'ensemble des bâtiments. Le choix d'un type de constructions horizontales, intégrées parfaitement à la nature et au terrain, favorise une constante communication avec l'extérieur et avec les différents ateliers afin que les visages cotoyés quotidiennement soient reconnus. La disposition des locaux permet une vie à la fois individuelle et collective.

Les loisirs de la mi-journée se situant dans un cadre distinct de celui du travail, avec un encadrement différent, constituent un lieu pour la rencontre et pour le choix libre d'activités nouvelles (sport, bar, musique, etc...).

L'ouverture du restaurant libre service aux ouvriers des entreprises voisines donne l'occasion aux travailleurs du centre d'être confronté plus directement à l'extérieur et au circuit dit normal.

Pour une soixantaine d'handicapés, il existe un hébergement en foyer sous la forme d'appartements mixtes de six locataires. Dans ces groupes, il existe un esprit de "famille" et une indépendance de vie à la recherche constante de l'autonomie individuelle.

Avec l'expérience du "DARDELET" où un groupe de dix ouvriers et ouvrières vivent dans une maison implantée au milieu du village, nous avons entrevu d'intéressantes perspectives d'avenir tournées vers la création d'appartements de suite implantés en ville (7).

L'objectif de "déhospitaliser" les débilés mentaux est pleinement respecté : lors de notre expérience, nous avons pu voir la souplesse de fonctionnement aussi bien au niveau des ateliers, qu'au niveau des foyers. Ceci, grâce à une communication et l'entretien de rapports cordiaux avec les services hospitaliers d'origine.

Par contre, nous pouvons regretter dans d'autres établissements de ce genre une vie trop peu orientée vers l'extérieur. La confusion des lieux, avec une implantation médicale importante reproduit le modèle hospitalier.

De même, il est dommage qu'ils prennent une dimension institutionnelle avec ses problèmes propres. Leur situation excentrée les éloigne de la ville, centre de l'activité industrielle, les confirmant dans leur démarcation. Leur existence, cependant, garde toutes ses indications, même si le Centre d'Aide par le Travail est souvent une fin en soi.

e) Recyclage professionnel :

Vers les années 1960, on assiste à une remise en condition d'un certain nombre de malades chroniques traités par les neuroleptiques, ou plus généralement par les psychotropes. Certains centres, déjà existants pour les invalides physiques, furent utilisés dans ce but de réadaptation professionnelle. Ils ont pu donner certains résultats, les conditions étant différentes alors. Actuellement, le nombre de malades mentaux pouvant bénéficier d'un recyclage diminue.

Mentionnons ici l'existence des centres de formation professionnelle adulte où l'activité manuelle prend le pas sur les disciplines scolaires. Le principe est de décomposer et de n'enseigner qu'une chose nouvelle à la fois, en abordant les difficultés d'une manière progressive. S'il n'est pas rapidement utilisé, ce conditionnement se perd rapidement. Ces méthodes semblent mieux adaptées aux jeunes débiles qu'aux malades mentaux proprement dits : en effet, la rigidité des cycles de formation, les méthodes pédagogiques très directives, les "progressions" planifiées ne donnent que de rares succès pour les patients sortant de l'hôpital psychiatrique.

f) Les Ateliers Protégés :

Ils sont nés de la loi VILLARD du 23 novembre 1957, alors qu'ils existaient depuis 1921 en Hollande notamment. Le décret d'application date de 1962. C'est une entreprise gérée sous la responsabilité d'une collectivité ou d'un organisme public ou privé à but non lucratif (loi de 1901) qui cherche à trouver un emploi aux travailleurs handicapés (au sens large) ne pouvant travailler dans le milieu normal. Le handicap de ces travailleurs devra être reconnu par la commission départementale d'orientation des infirmes (C.D.O.I.).

Ces ateliers reçoivent, sur production de justifications et après contrôle technique, administratif et financier, des subventions des collectivités publiques et parfois d'autres organismes, destinées à combler tout ou partie du déficit d'exploitation résultant de ses conditions particulières de fonctionnement.

C'est un atelier qui doit se rapprocher le plus possible de l'atelier normal dans toutes ses règles de fonctionnement. C'est un organisme de réinsertion professionnelle, après une phase indispensable de réadaptation ; il peut être un lieu de passage avant une ouverture vers le circuit du travail normal (30).

Il en existe très peu acceptant les malades mentaux ; la plupart reçoivent exclusivement des handicapés physiques. Actuellement, en France, 3 000 personnes bénéficient des Ateliers Protégés, contre 25 000 placés en Centres d'Aide par le Travail.

L'originalité est le fait que les travailleurs sont de véritables salariés, l'atelier étant confronté aux réalités du marché du travail : concurrence, contrats, factures, etc... Mais trois dispositions particulières justifient le qualificatif "protégé" : la priorité d'embauche des handicapés, l'attribution de subventions pour combler le déficit prévisionnel, la possibilité de prévoir des abattements sur les salaires. C'est ce que nous détaillerons dans le fonctionnement de MESSIDOR.

g) Foyers de post-cure :

Héritage du siècle dernier, puisqu'en 1841, FALRET créait un foyer de nuit pour les jeunes filles sortant de l'hôpital psychiatrique. Ils sont toujours existants à l'heure actuelle. En fait, d'autres initiatives avaient vu le jour, mais érodées par le temps, elles disparurent progressivement. Il n'existait rien, enfin, pour héberger les hommes.

En 1948, le Docteur SIVADON créait une association "pour promouvoir des réalisations d'assistance et de traitements psychiatriques modernes et pour favoriser la réadaptation sociale et professionnelle des malades et handicapés mentaux" ("L'élan retrouvé"). C'est le début de l'expérience du XIIIème arrondissement de PARIS qui comptera beaucoup d'autres réalisations.

Le foyer ne doit être qu'un lieu de passage dans le temps ; il permet une sortie progressive, assure un hébergement stable pendant le temps de recherche d'un travail. Cela permet de réduire le temps d'hospitalisation lorsque le malade est stabilisé. Il permet, comme le disait P. AMIEL (3) "une triple mesure réadaptive :

- la participation à une vie de groupe, familiale, sécurisante et socio-thérapique,
- la poursuite des thérapeutiques médicales et sociothérapiques,
- la reprise indispensable d'une activité professionnelle à l'extérieur".

A LYON, il en existe plusieurs. Nous en citerons quelques-uns avec lesquels nous avons l'habitude de travailler :

- La Résidence Jean Dechaume :

Pour la présenter, nous emprunterons certains renseignements pris dans le rapport de fonctionnement établi en 1976 par le directeur de ce foyer.

A l'initiative de l'Association du Rhône pour l'Hygiène Mentale, dans un bâtiment appartenant au Conseil Général du Rhône, 25, quai J.J. Rousseau, à la Mulatière, a été créé, en 1968, la Résidence Jean DECHAUME foyer de post-cure recevant les anciens malades psychiatriques hommes des hôpitaux de LYON.

La propriété de 4 000 m² environ comprend un grand parc boisé, un bâtiment principal de trois étages, pouvant recevoir 32 pensionnaires et un bâtiment annexe, occupé par deux logements de fonction (Directeur et sous-directrice).

La Résidence Jean DECHAUME est considérée comme un établissement sanitaire avec prix de journée fixé par les autorités de tutelle.

La vocation initiale de la Résidence était de resocialiser des anciens malades psychiatriques après un bref séjour à l'hôpital.

Depuis l'ouverture, trois directeurs s'y succédèrent avec des points de vue différents qu'on peut schématiser comme suit :

De 1968 à 1971 : difficultés de recrutement, règlement intérieur rigide et moralisateur, source de conflits graves parfois, entre les patients et l'équipe du foyer.

De 1971 à 1974 : période de thérapie institutionnelle avec réunions de pensionnaires qui débouchaient sur de nombreuses sélections de plus en plus sévères, d'où, difficultés de fonctionnement et de gestion.

Depuis le 1er juillet 1974, la politique actuelle est le fruit des expériences et difficultés antérieures :

- aucune sélection des patients n'est faite, il est laissé le soin au prescripteur du bien fondé de la demande,
- un accord permanent permet de réhospitaliser en cas de besoin les malades dans leur ancien service,
- le règlement du foyer s'adapte dans la limite du possible, à la pathologie des patients, en tenant compte de la quiétude générale,
- la prolongation du séjour au-delà de six mois, après examen du dossier par le médecin et l'équipe, est accordée en cas de nécessité,
- la capacité d'hébergement du foyer a été portée de 32 à 38 lits, grâce à l'aménagement du troisième étage du bâtiment principal (travaux financés par le Conseil Général du Rhône).

Composition de l'équipe de foyer :

- un médecin à mi-temps,
- un directeur (ancien infirmier psychiatrique),
- une sous-directrice (ancienne infirmière psychiatrique),
- une secrétaire comptable, chargée des travaux administratifs,
- une infirmière psychiatrique,
- deux éducateurs en formation,
- quatre femmes de service,
- deux cuisiniers,
- un veilleur.

Au total, quatorze personnes pour trente huit pensionnaires.

Le prix de journée en 1976 est de 101 Francs.

Les pensionnaires qui fréquentent la résidence Jean DECHAUME sont des malades psychiatriques qui ont fait des longs séjours à l'hôpital, et perdu le minimum d'articulation sociale nécessaire à une réinsertion "naturelle".

Les buts d'un tel foyer sont :

- d'aider les pensionnaires à faire des démarches sociales,
- d'étudier les cas, un à un, sans faire de généralités,
- d'éviter les réunions qui ne permettent qu'à une minorité éloquente de s'exprimer,
- d'être prêt à répondre à la demande, sans la susciter...
- de maintenir une harmonie dans les relations avec les hôpitaux psychiatriques,
- la réinsertion des pensionnaires ne se fait pas toujours par la reprise du travail, mais aussi par leur inscription dans un statut socialement reconnu (chômage, pension d'invalidité, reconnaissance des droits sociaux, etc...), ce qui les rend indépendants de toute institution.

Avec un certain recul, il apparaît qu'indépendamment des difficultés des pensionnaires sur le plan psychiatrique, la fonction de re-socialisation, qui en elle-même a un versant thérapeutique, ne peut pas être menée à bien dans tous les cas. Le cadre administratif de l'institution actuelle qui garde par bien des côtés une certaine lourdeur, reproduit celle de l'hôpital psychiatrique.

La nécessité de prolonger l'action socio-éducative, l'acquisition d'indépendance des pensionnaires s'est rapidement fait sentir avec l'élaboration d'un projet de mise en place d'appartement, de suite permettant à certains de loger en-dehors du foyer.

Effectivement, les limites de ce type de foyer, dit de "post cure psychiatrique", sont apparues au bout de quelques années de fonctionnement :

- méfiance des employeurs voyant arriver un pensionnaire de la résidence, pour une candidature à une offre d'emploi. Nous assistons aux mêmes réactions lorsqu'il s'agit de patients de l'hôpital psychiatrique.
- la limitation de la durée de séjour actuellement fixée à un an pour les pensionnaires peut avoir un aspect positif. Stimulant certains en fixant une échéance, elle peut aussi être dynamisante pour l'équipe de prise en charge. Mais au contraire, il arrive assez souvent qu'au bout d'un an, certains pensionnaires ayant trouvé du travail (en emplois intérimaires

pour la plupart), se sentent incapables de vivre seuls. La prise en charge terminée, ils doivent retourner à l'hôpital...

Sur le plan de l'évaluation du coût de tels appartements de suite, il apparaît à la lumière d'un projet élaboré par le directeur et le médecin de la résidence, qu'une telle prise en charge serait égale au tiers de celle du foyer de la résidence... (44,88 Francs contre 101 Francs).

La thèse du Docteur d'ORAZIO ("Pratique d'un lieu : la résidence J. DECHAUME, Théorie d'un champ ; la socialisation") (13) en définit les limites :

"Etre socialisé, c'est assurer sa subsistance en participant à l'échange généralisé des biens et des symboles selon certaines normes. Cependant, le travail ne se termine pas avec ce moment ; il apparaît que resocialiser en des termes qui vaillent de façon durable et conséquente, c'est accompagner le sujet au-delà de ce moment de sortie de l'institution, jusqu'à ce point où il peut dire sur ce qui l'a conduit ici, quelque chose qui puisse être reconnu sans ambiguïté. Ce point est la porte qui s'ouvre sur ce qui est vraiment le privé du sujet. Mais là, en tant qu'institution, nous n'avons rien à en connaître".

- L'hôtel social :

Assure, avec sa centaine de lits et depuis 1969, l'hébergement des hommes sans ressources et sans domicile. La moyenne de la durée de séjour se situe entre un et deux mois. Un prix de pension y est théoriquement fixé ; en fait, le foyer bénéficie d'une subvention de la municipalité et de la D.A.S.S. (prix de journée), un tiers seulement des pensionnaires s'acquittent de leur pension.

Deux personnes s'occupent de l'aide au reclassement professionnel, une autre du relogement et une assistante sociale règle les problèmes administratifs de liaison.

L'originalité se rencontre dans la variété d'origine des pensionnaires : vagabonds, marginaux, immigrés, anciens prisonniers, malades sortant de l'hôpital psychiatrique. Les seuls critères d'admission sont l'isolement social et le dénuement.

Sa place dans l'ensemble des maillons de la réinsertion est importante, surtout en ce qui concerne les malades psychiatriques, la présence d'un psychiatre évitant certainement beaucoup d'hospitalisations ou de réhospitalisations.

Conclusion :

Depuis 1945, nous constatons un grand déséquilibre entre la psychiatrie de type asilaire, pratiquée dans des lieux démarqués, et la pauvreté du nombre d'expériences extra-hospitalières intégrées au milieu.

Les services d'aide au reclassement sont rares et mal connus faute d'une information suffisante.

Les institutions, créées pour faire suite à l'hôpital psychiatrique, reproduisent son modèle asilaire avec une ségrégation, une prise en charge massive et une dilution des responsabilités.

Ces institutions sont, à de rares exceptions près, conçues pour des patients atteints de débilité.

Le travail offert est souvent de type industriel, répétitif et mal rémunéré.

Ces difficultés rencontrées pour la mise en place d'un système de réinsertion cohérent et satisfaisant, ne sont pas étrangères aux types de soins donnés dans les hôpitaux psychiatriques ainsi qu'à la durée de l'hospitalisation des malades mentaux. Une longue installation trop confortable et sécurisante amène toujours la régression.

5) INFLUENCE DE L'HOSPITALISATION SUR LA RÉINSERTION

a) Influence de la durée du séjour hospitalier :

"La chronicité est une maladie de toute institution" (R. GENTIS, introduction de Névrose Institution).

Dans cette étude⁺, 69 % des malades sont hospitalisés depuis plus d'un an et 42 % depuis plus de 5 ans : l'institution reste donc pour beaucoup d'hospitalisés (69 %) un lieu de gardiennage chronicisant. A elle seule, la trop longue durée d'hospitalisation détermine une maladie : l'hospitalisme ou comme le dit BARTON (5), la "névrose institutionnelle" dont les facteurs associés sont au nombre de sept :

- perte de contact avec le monde extérieur,
- oisiveté forcée,
- autoritarisme du personnel médical et infirmier,
- perte des amis et des liens personnels ; effacement de la vie personnelle,
- influence des médicaments,
- atmosphère du service,
- effacement des perspectives de réinsertion sociale.

Ces éléments sont tous autant d'obstacles à une préparation à la réinsertion :

- sans contact avec l'extérieur, il est difficile de trouver un point de chute en dehors de l'institution,
- l'oisiveté forcée entraîne la perte du "goût" pour le travail, cela est un aspect important que nous avons déjà évoqué dans l'introduction,
- l'autoritarisme du personnel médical met un écran à la réalité de la responsabilité de chaque individu,

⁺ Cf. chapitre préparation - réunions préparatoires.

- la perte des amis et des liens personnels supprime une bonne partie de ce qui peut motiver un patient à sortir de l'hôpital,
- nous verrons l'influence des médicaments dans le paragraphe suivant ; il est indéniable qu'elle est grande,
- l'atmosphère hyperprotectrice et "bonne" du service n'encourage pas à rencontrer les frustrations et les contraintes de la vie extérieure,
- quant au manque de perspectives d'avenir, c'est aussi un des principaux écueils à la réinsertion.

Donc le temps, loin d'arranger les choses, a plutôt tendance à les aggraver, le "chronique" étant le produit de l'asile, près des deux tiers en sont à leur première hospitalisation.

La consultation des dossiers des anciens malades est instructive : plusieurs notes au début du séjour, puis de grands trous de plusieurs années ponctuées par l'intervention de l'interne de garde appelé pour un épisode le plus souvent somatique : ces malades longuement hospitalisés sont abandonnés aux soins du corps (la masse des examens biologiques est là pour en témoigner) souvent laissés à l'appréciation de l'équipe infirmière (Cf. thèse de GILLET, 21). Cette prise en charge, presque uniquement corporelle et alimentaire, bien qu'améliorant considérablement le confort du séjour, produit ces "chroniques" souvent relativement âgés : 1/4 ont plus de 50 ans.

"Toutes ces choses que nous considérons comme désirables, c'est-à-dire avoir un bon emploi, gagner de l'argent, avoir un compte en banque, s'acheter des habits, s'entourer d'un certain confort, toutes ces choses qui sont pour nous synonymes de sécurité, signifient pour eux perte de sécurité et perturbation des seuls liens stables qu'ils ont pu établir dans le passé... Si à cette première constatation, on ajoute les grandes difficultés que rencontrent les sous-doués pour entrer en compétition avec les gens normaux possédant instruction et métier, nous avons une idée des problèmes rencontrés sur le marché du travail". (6).

Après la deuxième guerre mondiale, on ne conçoit plus l'hôpital psychiatrique comme un lieu de renfermement, mais comme un lieu de soins pour les malades en vue de reprendre leur place dans la société.

La découverte de la Chlorpromazine, en 1952, va donner un essor à la chimiothérapie et amorcer un mouvement de libération. Cependant, la nature même de ces médicaments psychotropes va influencer le comportement des malades stabilisés.

Nous allons voir au chapitre suivant les caractéristiques des inconvénients des grandes familles de psychotropes.

b) Influence des traitements psychotropes : (12)

Il s'agit surtout des effets des neuroleptiques les plus utilisés à l'hôpital psychiatrique. On peut distinguer les effets psychiques liés à leur action propre et les effets "indésirables" parasites qui peuvent gêner leur emploi.

Il faut d'abord faire une remarque d'ordre général : il n'existe pas à notre connaissance d'étude psychologique objective sur l'action des neuroleptiques chez les sujets mentalement sains.

+ Effets psychiques :

L'action sédatrice, "tranquillisante" est la plus souvent retenue, cependant les premiers observateurs, DELAY et DENIKER ainsi que H. LABORIT, dès 1952, avaient été frappés par l'effet de désintérêt psychique produit par la Chlorpromazine. Cette observation fut confirmée plus tard avec les autres familles de neuroleptiques au fur et à mesure de leur apparition.

Une autre caractéristique des patients traités par les neuroleptiques à plus ou moins forte dose est l'apparition d'une somnolence réversible aux stimuli d'éveil. En fait, les tracés d'électroencéphalographie ont permis d'établir des corrélations entre les classifications cliniques et électrophysiologiques des principaux types de composés neuroleptiques : les sédatifs et les non-sédatifs.

L'action des neuroleptiques sur la fonction thymique peut se résumer en une réduction des excitations de type maniaque. Certains d'entre eux produisent des états dépressifs au cours des traitements prolongés (Halopéridol, par exemple).

L'action "anti-psychotique" des neuroleptiques se manifeste bien sûr dans les psychoses avec confusion mentale dont le mécanisme d'action reste mal élucidé. Le mécanisme d'action est certainement différent d'un simple engourdissement mental, d'une simple action sédatrice des troubles.

L'action anti-psychotique est surtout spectaculaire dans les psychoses délirantes aiguës, les bouffées délirantes polymorphes en particulier. Quant à l'action "désinhibitrice" des neuroleptiques dans les psychoses schizophréniques, elle se voit à plus long cours et elle modifie considérablement l'évolution des psychoses : on constate en effet une évolution des psychoses "par épisodes" avec une érosion de la séméiologie liée à la sensibilité et à la réactivité individuelle.

La généralisation de l'utilisation des neuroleptiques a transformé dans les vingt dernières années les conditions de traitement des psychotiques ouvrant la voie à la prise en charge extra-hospitalière : ces remaniements avec "enkystement" des productions pathologiques aboutissent assez fréquemment à la "normalisation des conduites" permettant d'envisager une réinsertion.

En fait, le revers de la médaille est l'apparition fréquente d'un "syndrome de passivité" : le comportement des patients longuement traités, pour lesquels la réduction des phénomènes psychotiques ne s'accompagne pas de la restauration d'un comportement conforme à ses capacités antérieures et le laisse sans initiative, fait obstacle à une reprise d'activité dans la vie sociale. Au cours de ces traitements, on peut rencontrer des états anxieux avec ou sans agitation, exemple d'un autre ordre de difficultés : les malades plutôt que de contacter leur médecin, suspendent leur traitement et la rechute est précipitée.

La contrainte d'une prise médicamenteuse régulière à long terme est souvent mal supportée et on assiste à de fréquentes rechutes dès la réduction ou l'interruption du traitement le plus souvent du fait du patient. L'apparition des neuroleptiques injectables à longue durée d'action marque un net progrès, mais peut être pas toujours suffisant : l'autre aspect de l'emploi des neuroleptiques est l'apparition de syndromes neurologiques dits "secondaires" (16).

+ Un autre aspect des effets des neuroleptiques est, en dehors de la passivité et des "effets secondaires" de type parkinsoniens, ce que nous appellerons les "effets indésirables" : le malade sous neuroleptique peut être plus ou moins gêné par un ensemble de symptômes qui peuvent modifier sa vie. Asthénie, passivité, perte de l'initiative, mais aussi les palpitations habituellement dues à une tachycardie, la bouche sèche, pâteuse ou au contraire l'hypersialorrhée tout aussi gênante, les troubles de l'accommodation pouvant gêner la conduite automobile ou la pratique de certains métiers. La plupart de ces symptômes disparaissent au bout d'un certain temps, soit d'eux-mêmes, soit grâce aux correcteurs dont la prise impose une contrainte supplémentaire.

Certaines spécialités prédisposent chez la patiente à l'apparition d'aménorrhée (souvent présente dans les psychoses non traitées), de galactorrhée, de gynécomastie chez l'homme et de troubles de l'activité sexuelle dans les deux sexes (frigidité, impuissance), pouvant là aussi préexister au traitement de la maladie.

La prise pondérale, parfois impressionnante modifiant l'aspect physique du patient peut être expliquée par un mécanisme central : augmentation de la faim, stockage des lipides et aussi conséquence de l'inactivité musculaire due à la passivité, à l'augmentation du sommeil et à la diminution de l'anxiété.

Ajoutons à cet aspect "esthétique" l'existence de dermatoculites avec certains médicaments. Les dépôts de pigments dans la peau (coloration gris pourpre ou gris métallique du visage et des avant-bras) et dans les diverses structures de l'oeil sont proportionnels à la dose employée et à la durée du traitement, c'est-à-dire à la dose totale de neuroleptiques administrée.

La rétinite pigmentaire se signale cliniquement par une impression de décoloration brunâtre du paysage, une baisse de l'adaptation à l'obscurité et une réduction concentrique du champ visuel.

+ Les autres familles de psychotropes produisent aussi des effets "indésirables" :

- Les antidépresseurs imipraminiques :

On décrit de fréquentes insomnies qu'on s'efforcera d'éviter en prescrivant la dernière prise avant 16 heures. Les manifestations anxieuses ou les troubles hallucinatoires sont rares.

Par contre, on rencontre habituellement d'une façon atténuée, un syndrome neurologique associant tremblements, vertiges, voire dysarthrie : la prescription de vitamines du groupe B est alors nécessaire.

Quelques manifestations convulsives avec des posologies élevées peuvent se voir et il faudra donc être prudent lors de la prescription chez les épileptiques.

Par contre, le malade présente souvent une hypotension orthostatique avec accident lipothymique en début de traitement pouvant contraindre à une activité. Quelques inconvénients, tels que la sécheresse de la bouche et la constipation sont facilement corrigibles. La possibilité de rétention urinaire est rare.

- Les inhibiteurs de la monoamine oxydase :

Nous retrouvons l'hypotension orthostatique, les vertiges, les éblouissements et les tendances lipothymiques pouvant entraîner des syncopes. Mais on signale aussi des crises hypertensives.

L'insomnie, une certaine excitation, voire une euphorie sont liées à tous les traitements anti-dépresseurs.

Une foule d'autres manifestations diverses : céphalées, troubles digestifs, sueurs, impuissance, boulimie, peuvent se rencontrer et la prudence est de règle dans l'association avec d'autres médicaments (tricycliques, Dolosal⁺) qui peuvent entraîner des chocs mortels.

- Les tranquillisants :

Les effets les plus souvent rencontrés sont : une somnolence, un ralentissement psychomoteur, une diminution de la vigilance, des sensations ébrieuses.

Au contraire, chez les enfants, on observe souvent des effets paradoxaux marqués par une hyperexcitabilité.

L'ensemble de ces effets indésirables est potentialisé par l'ingestion d'alcool. Il faut mentionner aussi les risques de toxicomanie enregistrée avec ces produits.

- Les nocanaleptiques :

Les réactions psychopathologiques en limitent leur emploi en psychiatrie telle qu'on la pratique en hôpital psychiatrique : état d'agitation de type maniaque, état d'anxiété vive, décompensation dépressive secondaire à un usage prolongé après sevrage brutal, toxicomanie.

- Les psychostimulants :

Leur activité étant relativement modérée, ils sont surtout prescrits dans un but placebo. Il faut mentionner cependant l'effet psychostimulant de la plupart des antiparkinsoniens anticholinergiques utilisés comme correcteurs des effets secondaires induits par les neuroleptiques. Ils peuvent, pour certains d'entre eux (Artane⁺) et associés à l'alcool, être utilisés par les toxicomanes.

On peut, pour conclure, dire qu'il est peu vraisemblable qu'on disposera un jour de médicaments entraînant une rémission à tout coup et dépourvus d'effets indésirables ou d'inconvénients.

Nous avons surtout parlé des neuroleptiques "révolution de la psychiatrie" car bon nombre de patients sortant de l'hôpital psychiatrique en prennent pendant au moins un certain temps.

Il ne faut pas oublier d'autre part que les médecins généralistes, ou même des spécialistes (cardiologues, gastro-entérologues) prescrivent des psychotropes sans que leurs patients posent chaque fois des problèmes de réinsertion : tout est affaire de temps et de dose comme nous l'avons vu.

6) CONCLUSIONS DU PREMIER CHAPITRE :

Pour clore ce premier chapitre, nous pouvons faire plusieurs remarques :

1) Nous nous interrogeons sur un fait pratiquement constant : en Psychiatrie asilaire, nous assistons à un mouvement, quasi cyclique, un état de grand enthousiasme lorsqu'il apparaît une nouvelle technique d'abord du malade. L'évolution des soins dans l'institution permet de dégager un concept médical, un concept psychologique et un concept social de la prise en charge du malade. Chaque fois, ces nouvelles conceptions sont étayées par un élan général à partir de l'expérience de quelques pionniers.

Puis, tout rentre dans l'ordre dans un climat que l'on peut qualifier de "dépressif". Parfois, des critiques sévères viennent confirmer la fragilité de ces élans : chocs, cure de dégoût, ergothérapie, etc... sont relégués aux "temps héroïques". Ceci est la preuve que dans le cadre de cet hospitalo-centrisme, des gens s'interrogent sur la meilleure manière de conduire une action concrète pour une véritable réinsertion.

2) Se préoccuper uniquement du travail n'est pas suffisant dans ce cas. Il faut s'attacher en outre, à résoudre les questions d'environnement social, de logement et de loisirs. Toute réinsertion sociale passe par le temps du travail, mais la finalité demeure le bien de l'homme dans son ensemble, sa reconnaissance d'homme social.

3) Depuis 1945, la politique de réinsertion des malades mentaux a été quelque peu délaissée : héritière des formules utilisées pour la réadaptation des handicapés physiques, peu d'initiatives se sont préoccupées de faire sortir les malades des asiles. Les premiers organismes de réinsertion se sont d'abord tournés vers les débilés mentaux, sous la pression des associations de familles d'handicapés. A tel point, qu'aujourd'hui encore, nous observons un grand déséquilibre entre le nombre de Centres d'Aide par le Travail pour arriérés profonds (25 000 places) et le nombre d'Ateliers Protégés pour malades mentaux proprement dits (3 000 places actuellement).

L'immense majorité des institutions de réadaptation qui ont été mises en place pour accueillir les malades venant de l'hôpital psychiatrique ont imité son modèle.

4) La pathologie créée par la longueur des hospitalisations en milieu psychiatrique avec la pathologie propre à la chimiothérapie psychotrope, rendent difficile une bonne intégration des handicapés mentaux dans la société.

En opposition à une indifférence générale de l'opinion publique sur les problèmes de la réinsertion, c'est d'un service public qu'a été élaboré le projet qui fait l'objet de notre étude.

Sa mise en place a été facilitée par différents facteurs :

- l'ouverture de l'hôpital psychiatrique vers l'extérieur grâce à la politique de sectorisation qui mit pratiquement dix ans pour être effective,
- le grand élan humaniste de mai 1968 hostile au renfermement, a sensibilisé l'opinion publique tout en remettant en cause le travail des soignants,
- la réorganisation du service témoin⁺, Charnay - Caluire, a permis l'ouverture vers le monde du "dehors" d'un service héritier de la tradition institutionnelle et thérapeutique.

Enfin, la nature de notre sujet nous permet d'aborder des questions qui ne sont pas uniquement d'ordre médical ou psychologique. La réalité de l'homme ne permet pas la division en catégories ou en domaines, dont les limites se chevauchent. L'être humain est aussi bien organique, psychologique que social. L'observateur, lui-même, fait partie du système. Il ne peut donc pas rester neutre. Les paramètres sont imprécis et l'esprit

⁺ Service du Docteur J.R. PERRIN - Hôpital du Vinatier, 95, Boulevard Pinel BRON.

scientifique ne peut s'appliquer dans toute sa rigueur.

Nous tâcherons cependant dans un deuxième chapitre méthodologique de présenter l'expérience de l'Association MESSIDOR ainsi que les observations médicales et "humaines" de chaque malade qui y a travaillé.

CHAPITRE II

*"Ce qu'il nous faut à nous, à nous, c'est, aux lueurs des lampes,
La science conquise et le sommeil dompté,
C'est le front dans les mains du vieux Faust des estampes,
C'est l'Obstination et c'est la Volonté"*

VERLAINE (*Poèmes Saturniens*).

1) PRÉSENTATION DE MESSIDOR :

A) PREPARATION, REUNIONS PREPARATOIRES :

Nous ne prétendons pas faire de l'histoire, mais comme rien n'est créé du néant, il semble important de replacer les événements dans leur contexte.

Au milieu de l'année 1974, nous avons profité de la conjonction de deux événements, à savoir l'accomplissement de notre stage probatoire de psychiatrie dans un service de l'hôpital psychiatrique où les gens s'intéressent vivement à la réadaptation ("Charnay - Caluire", service du Docteur J.R. PERRIN) et d'autre part, l'arrivée à LYON de M. VERRY pour entreprendre une étude sur la réinsertion des malades mentaux soignés dans les hôpitaux psychiatriques. Dans le cadre d'une reconversion professionnelle, M. VERRY, venant de l'industrie privée, préparait une thèse d'économie de la santé pour le doctorat de spécialité qu'il a soutenu le 3 octobre 1975 à PARIS : "*La réadaptation des malades mentaux et la tentation asilaire*" (34). .

Dans un premier temps, M. VERRY est venu habiter pendant plusieurs mois à l'hôpital du Vinatier et passait la plupart de ses journées au contact des malades dans le service. Parallèlement s'est organisé avec lui, à partir du mois d'août 1974, des réunions de réflexion où l'on trouvait des représentants du personnel infirmier de chaque unité, des internes et le médecin chef. Cet "atelier" de réflexion centré sur les moyens mis en oeuvre pour faciliter le retour à la vie hors de l'hôpital, se donnait pour but concret d'une part la création d'une équipe extra-hospitalière chargée d'aider les malades mentaux à se réinsérer dans la vie sociale et professionnelle et d'autre part la création d'une communauté de travail agricole pour effectuer la transition entre le séjour hospitalier et la vie dite "normale".

Ces réunions avaient lieu tous les 15 jours, à l'extérieur du service, chaque unité de soins étant représentée si possible par au moins une personne.

L'objectif de cet "atelier" s'est orienté assez rapidement vers un but de formation, de réflexion, en espérant que les actions menées au sein du service seront décidées à l'atelier. Cette conception entraîna des divergences, sous-tendues par l'inquiétude de certains soignants de voir partir des malades de l'hôpital psychiatrique vers une structure extérieure. D'autres posent la question de la nécessité d'institutions intermédiaires pour permettre au malade en voie de réinsertion d'en franchir les étapes. Le danger de reconstituer une structure identique à celle de l'hôpital psychiatrique est évoqué.

Après trois mois de réflexion commune, le projet de création d'une équipe d'aide à la réinsertion est avancé : il essaie de répondre aux objectifs suivants :

- coopérer avec les équipes hospitalières sectorisées ou non sectorisées pour aider les malades mentaux à se réadapter hors de l'hôpital psychiatrique,
- agir sur les milieux d'accueil (monde industriel, par exemple) pour qu'ils comprennent et acceptent les malades mentaux (action d'information et de formation),
- concevoir des milieux protégés mieux adaptés donc différents de ceux existants.

Puis, au fil des semaines, nous avons vu ces réunions se dépeupler petit à petit ; plusieurs explications de cette désaffection sont données alors, en particulier la crainte de certains soignants d'accaparement d'un travail social par un organisme extra-hospitalier à caractère privé. Finalement, les idées s'orientent vers un atelier de transition de réentraînement à orientation artisanale où forcément le temps de passage sera limité : sorte de prolongement dans le secteur de ce qui ne peut pas être fait à l'hôpital psychiatrique.

Une question vient alors se poser : que faire des échecs ? La réponse peut être donnée par la création dans une phase ultérieure d'un atelier protégé de stabilisation pour les handicapés mentaux à faible autonomie.

Donc, au fur et à mesure des réflexions, des besoins nouveaux se font jour, jusque là masqués par le conservatisme institutionnel.

B) POPULATION CONCERNEE :

L'étude de M. VERRY (34) porte alors, au mois d'août 1974 sur 203 malades hospitalisés dont 85 malades âgés de 25 à 44 ans, susceptibles d'être réinsérés, c'est-à-dire 42 % : ce chiffre est voisin de la moyenne française qui était alors de 48 % (I.N.S.E.R.M.) (22).

En fait, à cette époque, le service n'est pas représentatif de la population hospitalisée en France, la population y étant plus âgée.

Parmi ces 203 malades, il n'y a que 51 femmes, soit 25 % contre 49 % en France : le déséquilibre est donc assez considérable.

Très rapidement, il a été constaté lors de ces discussions que bien évidemment la durée du séjour d'hospitalisation est un des facteurs essentiels : 55 % des malades étant hospitalisés en psychiatrie depuis plus de cinq ans contre 42 % en France, à la même date (22). Les séjours inférieurs à un an représentent 23 % des malades contre 31 % sur l'ensemble de la France. On peut ajouter que 22 % (27 % en France) des malades passent entre un et cinq ans à l'hôpital.

D'emblée, on s'aperçoit que dans ce service "témoin", base de la recherche, le pourcentage des malades chronicisés, c'est-à-dire ayant perdu une grande partie de leur autonomie et souvent les attaches qui pourraient les retenir à l'extérieur est très supérieur au pourcentage constaté sur l'ensemble de la France (de plus de 13 %) : une fois de plus, nous sommes confrontés à la réalité asilaire du centre "spécialisé" : un des malades du service a fêté en octobre 1974 le 50ème anniversaire de son HOSPITALISATION... Nous pouvons aussi remarquer que le plus fort pourcentage d'hospitalisés se situe entre 35 et 55 ans chez les hommes et entre 65 et 75 ans chez les femmes. De ce fait, les problèmes de réinsertion vont être plus nombreux chez les hommes, puisqu'en âge d'être réadmis par le monde du travail.

Le fort pourcentage des femmes âgées hospitalisées, quant à lui, peut se comprendre par une plus grande longévité et aussi du fait que se retrouvant souvent seules (veuves, enfants dispersés, etc...), elles éprouvent de grandes difficultés économiques d'une part et affectives d'autre part.

C) BASES JURIDIQUES :

Passer d'un projet élaboré par un petit groupe à sa réalisation pratique nécessite de se situer dans un cadre juridique. La loi d'orientation a apporté un net progrès à une législation complexe dans laquelle le handicapé mental était laissé pour compte. Plus de deux ans et demi ont été nécessaire à sa mise en place, ce qui a créé une situation intermédiaire d'imprécision durant laquelle MESSIDOR est née.

1 - Législation antérieure à la loi d'orientation :

a) Les lois du 31 mars 1919 et du 26 avril 1924 ont reconnu aux victimes de la guerre le droit à la rééducation professionnelle et à un emploi dans le secteur public et privé.

Progressivement, ce droit au reclassement est étendu aux accidentés du travail (en 1930), aux assurés sociaux qui par suite de maladie ou d'accident ne peuvent plus reprendre leur ancien emploi (1945), aux tuberculeux même non assurés sociaux (1950), à tous les anciens malades et infirmes susceptibles d'exercer une activité professionnelle (1953). Finalement, la loi du 23 novembre 1957 donne un statut de reclassement et crée un Conseil Supérieur pour le Reclassement Professionnel et Social des Travailleurs Handicapés.

b) En fait, cette loi du 23 novembre 1957 apporte trois améliorations :

- la définition du travailleur handicapé : *"Est considéré comme travailleur handicapé pour bénéficier des dispositions de la présente loi, toute personne dont les possibilités d'acquérir ou de conserver un emploi sont effectivement réduites par suite d'une insuffisance ou d'une diminution de ses capacités physiques ou mentales".*

"Le handicapé mental présentant un trouble d'origine psychique amputant ou limitant de façon passagère ou définitive les possibilités intellectuelles, affectives ou physiques de l'individu à des degrés variables".

- l'organisation du reclassement de ces travailleurs dans un sens large englobant toutes les opérations aboutissant à la réinsertion dans l'économie,
- l'élargissement de la compétence des C.D.O.I. (Commission Départementale d'Orientation des Infirmes). Cette commission pourra se prononcer sur :
 - . la qualité de travailleur handicapé
 - . l'orientation professionnelle du sujet vers un placement
 - . le classement par catégories du handicap :

Catégorie A : handicap léger et temporaire

Catégorie B : handicap modéré et durable

Catégorie C : handicap grave et définitif ou nécessitant un aménagement important du poste de travail.

- . la prime de reclassement
- . le prêt d'honneur éventuel
- . les indemnités diverses

Mais l'organisme de prise en charge reste libre de toute décision finale.

Donc, dans l'évolution des idées, nous pouvons retenir quatre étapes :

- d'abord, il s'agit d'une évaluation et d'une réparation financière aussi juste que possible du dommage,
- la prise en charge de la diminution du dommage par la réadaptation fonctionnelle, ceci ne concernant pratiquement pas les malades mentaux
- la mise en oeuvre de l'ergothérapie dans un but psychologique, c'est-à-dire ne pas laisser l'handicapé dans l'inactivité qui peut signer sa déchéance
- enfin, la mise en oeuvre de la rééducation professionnelle : l'handicapé réinséré dans le monde du travail redevient libre financièrement.

c) Une étape importante est franchie avec la circulaire du 15 mars 1960 : elle pose le principe de la sectorisation géographique de la psychiatrie publique.

"L'hôpital psychiatrique ne doit plus être considéré comme un asile ou comme un refuge, mais comme une étape du traitement qui a commencé et devra être poursuivi dans les organismes de prévention et de post-cure".

De 1960 à 1974, une série de textes importants précisent "la politique" de secteur qui laisse le soin aux équipes sectorielles d'élaborer un projet thérapeutique spécifique (Cf. Annexe 1).

Pendant plus de dix ans, une vingtaine de textes se rapportant au secteur est parue sous la forme de recommandations, de relances, voire de simples indications ; ce nombre important est justifié par l'inertie des services administratifs ou techniques jusqu'à ces dernières années.

Ce n'est qu'en 1972 que le Ministère, par un arrêté du 14 mars 1972, donne un caractère autoritaire à ces injonctions. Il reprend l'esprit du texte initial d'organisation et d'équipements des départements en matière de lutte contre les maladies mentales, l'alcoolisme et les toxicomanies. L'arrêté officialise le financement exclusif de ce qui est de l'ordre du soin psychiatrique public, par le département et l'Aide Sociale : le budget du programme de sectorisation est voté par le Conseil Général, sur proposition de la D.D.A.S.S., dans le cadre des dépenses de l'aide sociale. Il propose différents modèles d'organisation de gestion des secteurs :

- gestion par l'hôpital psychiatrique des institutions et du personnel du secteur avec délégation départementale,
- gestion par une institution de secteur type association de santé mentale,
- proposition d'une gestion mixte du secteur hôpital - département :
l'hôpital psychiatrique gérant par exemple les institutions publiques à prix de journée, le Département assurant la gestion des dispensaires et du service social d'hygiène mentale.

d) La circulaire du 16 mars 1972 (J.O. du 21 avril 1972) aborde le travail en milieu protégé : plusieurs types d'institutions sont à envisager. Ils correspondent dans l'esprit de ce texte à différents niveaux :

- Le Centre d'Aide par le Travail (C.A.T.) :

Destiné aux sujets qui ne peuvent fournir qu'un rendement très faible, ce centre doit fonctionner en relation étroite avec l'équipe du secteur de lutte contre les maladies mentales.

- L'Atelier Protégé (A.P.) :

Il s'adresse, lui, à des sujets ayant un rendement suffisant pour que l'établissement puisse atteindre un certain équilibre économique : cette notion de rendement n'est pas obligatoirement liée à la notion de niveau mental.

"Tout doit être entrepris pour qu'un déficient mental puisse accéder à une vie socio-professionnelle aussi proche qu'il est possible de la normale".

- Le Foyer :

Il est indispensable à de nombreux déficients mentaux qui n'accéderont jamais à une vie totalement autonome. Ils auront dans ce cas besoin d'une tutelle plus ou moins étroite.

"L'existence de foyers revêt un caractère d'absolue nécessité".

En outre, il est prévu de réserver des emplois protégés pour les handicapés, dans le circuit "normal". Nous pouvons constater que la quasi-totalité de ces postes protégés sont occupés par des handicapés physiques : le rejet des déficients mentaux est sans ambiguïté ; actuellement encore, pour être nommé à un emploi public, il ne faut pas être atteint "d'affection mentale"... (31)

Pratiquement, la Société s'est occupée du travail des handicapés mentaux lorsqu'elle manquait de main d'oeuvre, pendant les périodes 1914-1918, et 1939-1945. A partir de ces expériences, on s'aperçoit de l'intérêt du travail pour la resocialisation du malade. De cet intérêt, le législateur n'en prend conscience que beaucoup plus tard avec la promulgation de la loi du 23 novembre 1957 qui, comme nous venons de le voir, trace le cadre pour le reclassement des travailleurs handicapés, aidée en cela par la politique de sectorisation.

2 - L'étape suivante est franchie avec la loi d'orientation et de reclassement du 30 juin 1975 (n° 75-234) en faveur des personnes handicapées et ses décrets d'application parus depuis deux ans.

Elle a pour but de :

- reconnaître et de garantir les droits fondamentaux des handicapés,
- simplifier la législation existante.

Sa mise en place devant être terminée le 1er janvier 1978.

Cette loi, après différents travaux préparatoires et notamment à la suite du rapport de M.F. BLOCH-LAINE sur l'inadaptation, a été votée sous la pression des associations de handicapés ou de parents d'enfants inadaptés (A.P.F., A.P.A.J.H., U.N.A.P.E.I.) (35).

Elle a le mérite de coordonner et de simplifier les textes réglementaires antérieurs. D'autre part, elle dégage un concept nouveau faisant passer la protection des handicapés du stade de l'assistance à celui de la solidarité nationale. L'article premier de la loi définit la prévention, le dépistage, les soins et l'éducation, mais aussi la formation et l'orientation professionnelle, l'intégration sociale des handicapés physiques, sensoriels ou mentaux, comme une obligation nationale.

Pour cela, elle se donne les moyens :

- l'Etat coordonne et anime ses interventions par l'intermédiaire du Comité Interministériel de Coordination en matière d'adaptation et de réadaptation assisté d'un Conseil national consultatif comprenant des représentants des associations et organismes publics ou privés concernés.

- des dispositions relatives à l'emploi :
 - . modifications du code du travail
 - . concernant les entreprises et services publics
 - . dans les centres d'aide par le travail
 - . par une garantie des ressources
- une allocation aux handicapés adultes et l'allocation compensatrice
- une aide sociale aux personnes handicapées
- une série de dispositions tendant à favoriser la vie sociale des personnes handicapées.

Dans le cadre de la réinsertion sociale des handicapés, les dispositions relatives à l'emploi sont primordiales : l'article 323-9 du Code du travail affirme l'importance :

- . de la réadaptation fonctionnelle éventuellement complétée par un réentraînement à l'effort
- . de l'orientation
- . de la rééducation (au besoin scolaire) professionnelle
- . du placement

Dans chaque département est créée une Commission Technique d'Orientation et de reclassement professionnel (décret du 3 juin 1976), compétente pour reconnaître la qualité de travailleur handicapé au sens de la loi du 23 novembre 1957, pour se prononcer sur l'orientation, désigner les établissements ou les services compétents, apprécier l'attribution de l'allocation aux adultes handicapés et de l'allocation compensatrice.

Les modes de reclassement sont au nombre de trois :

Premièrement, placement direct chez l'employeur à des postes spéciaux et/ou à temps partiel : 3 % de l'effectif (loi du 1er janvier 1964) des travailleurs d'une entreprise doivent être réservés à des travailleurs handicapés. Le salaire des bénéficiaires de la loi du 23 novembre 1957 ne peut être inférieur que dans un certain pourcentage réglementaire :

- . handicap modéré, catégorie B : 10 % du salaire des travailleurs valides accomplissant la même tâche
- . handicap grave, catégorie C : 20 %

La réduction dans ces conditions ne peut pas dépasser 10 % du S.M.I.C. sans dispositions spéciales prises par l'Inspecteur divisionnaire du travail.

En fait, le décret du 17 janvier 1978 précise que :

- . le pourcentage de la capacité normale de travail que doit atteindre un travailleur handicapé pour être admis dans un atelier protégé est égal au tiers (article D 323-25-1)
- . le salaire minimum que doit percevoir un travailleur handicapé dans un atelier protégé ne peut en aucun cas être inférieur au tiers du salaire minimum de croissance (article D 323-25-2) (24)

D'autre part, la loi d'orientation impose aux administrations d'état, collectivités et entreprises publiques ou nationales une obligation général d'emploi.

Deuxièmement, reclassement grâce à la formation professionnelle dans les centres de reclassement adaptés : F.P.A.

Troisièmement, création d'ateliers spécialisés et de centres dans la distribution du travail qui peut fournir du travail à domicile :

- . centres d'aide par le travail
- . ateliers protégés

Nous ferons quelques remarques en ce qui concerne les ateliers protégés :

- . ils peuvent être créés par les collectivités ou organismes privés ou publics
- . ils doivent être agréés par le Ministre du travail

- . ils peuvent recevoir des subventions en application des conventions passées avec l'Etat, les départements ou la Sécurité Sociale
- . l'organisme gestionnaire est considéré comme employeur et le travailleur handicapé comme salarié

Un certain nombre d'avantages sont consentis aux ateliers protégés :

- . priorité de vente après agrément (surtout pour ce qui est des ateliers employant des aveugles) : les services et établissements publics de l'état, les communes sont tenus de faire appel par priorité pour la fourniture des articles produits, à ces ateliers agréés.
- . les opérations faites au bénéfice de toutes personnes par des oeuvres sans but lucratif qui présentent un caractère social ou philanthropique et dont la gestion est désintéressée, sont exonérées de la T.V.A. lorsque les prix pratiqués ont été homologués par l'autorité publique
- . la loi du 23 novembre 1957 dans l'article 25 permet d'agréer d'un label les produits fabriqués par les travailleurs handicapés.

3) Conclusions :

Dans ce dédale des circulaires et arrêtés ministériels, deux notions peuvent être dégagées :

- la protection et la réinsertion des handicapés passe du stade de l'assistance à celui de la solidarité nationale, il n'en demeure pas moins qu'actuellement encore la ségrégation reste importante.
- les textes de lois relatifs à la politique de sectorisation psychiatrique et à la loi d'orientation en faveur des handicapés, permettent toutes les initiatives ; cependant rien n'est entrepris jusqu'à présent, d'une manière satisfaisante.

La complexité et les difficultés sont encore amplifiées par les tutelles ministérielles. En effet, au moins trois Ministères sont concernés : celui de la Santé, celui du Travail, et celui des Finances, récemment scindé en deux...

D) NAISSANCE - STATUTS - FONCTIONNEMENT :

Comme nous l'avons vu, l'atelier de réflexion s'était donné pour but d'aboutir à une action concrète, soit dirigée vers le monde agricole, soit vers le monde industriel ou artisanal en milieu urbain.

La première préoccupation a été de choisir un lieu d'implantation en relation avec le secteur géographique du secteur hospitalier, ou avec un quartier populaire de manière à mieux se fondre dans la population.

Une première idée vint d'une anecdote : un petit commerçant âgé du quartier de Saint Clair (secteur Caluire) fermait ses portes ; il était le seul livreur de charbon en petites quantités dans ce quartier où la plupart des habitants ont un revenu modeste. Par ailleurs, ce quartier était en voie de démolition pour faire place à un ensemble de constructions modernes. En attendant ces grands travaux, les habitants pouvaient avoir une demande de petits travaux de réfection de maçonnerie, peinture ou nettoyage. Ces petits chantiers sont souvent délaissés par les grandes entreprises, faute d'être rentables pour un prix abordable : un marché potentiel existait donc sur le secteur.

Il fallait donc créer une petite entreprise capable d'effectuer ces travaux. Elle avait toutes les chances d'être bien acceptée en couvrant ce marché. Il faut ajouter que les loyers de locaux professionnels sont d'un prix peu élevé, en raison de la disparition prévue de ce quartier (depuis trois ans, un projet de rénovation a été adopté). De plus, le contact avec la population est beaucoup plus aisé et meilleure que dans certains quartiers résidentiels du secteur.

Il a été décidé la création d'une association privée régie par la loi de 1901 (association sans but lucratif) : "MESSIDOR" du latin moisson, synonyme de travail collectif, mais aussi 10ème mois du calendrier révolutionnaire (19 juin au 19 juillet). La coïncidence volontaire de la parution de sa création dans le Journal Officiel du 19 juin 1975 n° 141 ne fait que souligner l'esprit de travail collectif de ceux qui en furent à l'origine :

"Il a été créé le 6 juin 1975 une association régie par la loi du 1er juillet 1901 (et le décret du 16 août 1901) ayant pour titre MESSIDOR".

Les buts sont précisés dans l'article 2 : "... a pour but la réadaptation professionnelle et sociale des malades mentaux adultes".

Les principaux domaines d'action sont précisés dans l'article 3 :

- "- création et gestion d'ateliers de réentraînement au travail et d'ateliers protégés,
- création et gestion de centres de rééducation professionnelle,
- aide en matière de logement,
- aide au reclassement dans les milieux normaux de travail et suivi des handicapés reclassés,
- organisation d'activité de formation et de sensibilisation aux problèmes de l'inadaptation sociale, dans le cadre de la loi du 13 juillet 1971 sur la formation professionnelle continue,
- toutes les autres actions permettant d'atteindre le but de l'article 2".

Le reste des articles précise la composition et les structures de l'association. L'originalité de cette association apparaît sous la forme d'une structure paritaire du Conseil d'administration où l'hôpital est représenté par deux infirmiers et le médecin chef du service, les autres membres étant tous extérieurs à l'institution ; un éducateur A.T.M.P., un représentant de l'U.N.A.F.A.M. Rhône - Alpes, le directeur d'un foyer de post-cure (résidence J. DECHAUME), un représentant du Conseil municipal de Caluire, des membres de familles de malades mentaux et le Président M. VERRY, instigateur de l'étude sur la réadaptation (34).

D'autre part, MESSIDOR se démarque nettement de tous les autres organismes s'occupant de réinsertion puisqu'elle offre un travail de type artisanal, susceptible de répondre à une éventuelle demande. Sa volonté d'employer un nombre restreint d'ouvriers (une dizaine au maximum), avec un ou deux professionnels d'encadrement permet de respecter l'esprit artisanal de l'entreprise et de la maintenir à une échelle humaine.

Restait à mettre en place les orientations pratiques, deux tendances s'opposant :

- pour les uns, MESSIDOR devait recevoir en priorité les malades hospitalisés dans le service du secteur, ceci ne posant aucun problème puisque association libre, elle agissait en employeur libre de choisir ses employés pour un travail donné,
- pour les autres, il fallait à tout prix rester indépendant de l'hôpital et demeurer intersectoriel. En limitant chaque expérience, il est possible de susciter d'autres créations qui s'en inspirent.

En fait, sur 20 mois de fonctionnement pendant lesquels 25 personnes ont travaillé à MESSIDOR, il y a 15 malades du secteur Caluire - Rillieux, les 10 autres venant soit de l'hôpital Saint Jean de Dieu : 2, soit de l'hôpital de Saint Cyr : 1, soit d'ailleurs : 7.

Dans un premier temps, cette formule a permis de détacher dans le cadre du secteur un surveillant - infirmier qui se charge des relations sociales et de l'articulation hôpital psychiatrique - MESSIDOR. Il peut intervenir au besoin dans la présentation des candidatures.

Les responsables ont toujours tenu à préserver une nette séparation du temps et des lieux :

- les actes médicaux se font en dehors du temps et du lieu de travail (consultations médicales à l'hôpital psychiatrique, hôpital de nuit, dispensaire de secteur...),
- les chefs d'équipe s'occupent uniquement de la partie professionnelle sans perdre de vue qu'ils s'adressent à des travailleurs handicapés.

Rapidement, il a donc fallu recruter un personnel professionnel d'encadrement et qualifié : le premier chef d'équipe recruté est un maçon ; il fait preuve d'une remarquable adaptation à ce "nouveau métier". Il doit assurer les bases d'un apprentissage (qui n'est pas le but premier recherché), il doit trouver ses commandes, établir les devis et gérer ses chantiers... Une convention collective de 1966 permet d'assimiler sur le plan du statut, ces chefs d'équipe à des éducateurs.

Une première équipe de quatre malades est mise en place en mai 1976. Au mois de mars 1977, une équipe de peintres est formée pour essayer de répondre à la demande des clients. En septembre 1977, une équipe de jardiniers fonctionne pendant deux mois, mais le chef d'équipe est incapable d'organiser son travail et entretient de mauvaises relations avec les ouvriers handicapés ; cela a pour conséquence d'écourter l'expérience.

Les difficultés financières, dues aux charges sociales, aux salaires, à l'achat de matériel, etc... se font rapidement jour. En tant qu'association privée, il est difficile d'obtenir des subventions d'organismes officiels.

Avant la loi de 1975, le Ministère du travail prenait en charge une partie (10 %) du déficit des ateliers protégés. Les sommes étaient calculées sur l'exercice de l'année précédente. Cela veut dire qu'il faut apporter la preuve d'un fonctionnement d'un an, pour prétendre à une subvention. Actuellement, dans le cadre de la nouvelle loi d'orientation, une somme forfaitaire par handicapé, 4 000 Francs par an, est attribuée avec les mêmes restrictions (un an de fonctionnement) à la condition que l'atelier protégé emploie un minimum de vingt personnes.

Donc, MESSIDOR, association libre, non reconnue comme atelier protégé par le Ministère du travail, devait boucler son budget et pour cela disposait de quatre sources de revenus : factures des clients, cotisations de l'association, prêts et enfin subventions. Une première subvention de 50 000 Francs est finalement accordée par le Conseil général du Rhône. Les recettes se répartissent ainsi :

:	:	:	:
:	: Novembre 75 - décembre 76	: Janvier 77 - décembre 77	:
:	-----	-----	:
: Factures clients	: 28,64 %	: 77,66 %	:
: Subventions	: 65,23 %	: 16,82 %	:
: Cotisations	: 2,48 %	: 1,82 %	:
: Prêts	: 3,65 %	: 3,70 %	:
: BILAN GLOBAL	: + 7 456,45 F	: + 32 783,26 F	:
:	:	:	:
:	:	:	:

Ces quelques chiffres montrent qu'après une période de mise en place, la part de rentabilité des travaux exécutés augmente, se rapprochant ainsi des conditions habituelles de l'économie. Cependant, les difficultés financières demeurent, l'association ne peut faire face aux charges sociales qui lui sont réclamées.

Pour entrer dans le cadre de la loi et être reconnue officiellement, l'association devait opter pour une demande d'agrément, soit comme centre d'Aide par le Travail, soit comme atelier protégé. Cette dernière formule fut adoptée car l'absence de prix de journée permet de rester autonome ; en outre, l'image d'un Centre d'Aide par le Travail réservé aux débilés ne correspond pas aux objectifs de l'association. Sa vocation artisanale s'oppose de plus aux travaux de type industriel proposé dans les centres d'aide par le travail.

La reconnaissance par le Ministère du travail (décision du 12 décembre 1977) de l'atelier protégé MESSIDOR pour une durée de 18 mois renouvelable, permet d'entrer dans le cadre juridique de la loi d'orientation. A cette date, l'atelier installé dans ce quartier de St Clair à Caluire est reconnu par les services sociaux et de main d'oeuvre. Il reste limité à 10 - 12 places avec deux ou trois moniteurs, professionnels du bâtiment.

L'avantage de l'agrément officiel est l'espoir de l'obtention de subventions de la part du Ministère du travail : cependant, il apparaît que MESSIDOR ne pourra pas les obtenir car elle ne satisfait pas à l'obligation d'employer au moins 20 handicapés...

Par contre, l'application de la loi n'est pas respectée non plus par les pouvoirs publics puisqu'en juin 1978 le complément de salaire, correspondant à la garantie de ressources de chaque ouvrier n'a pas encore été remboursé...

Conclusions :

MESSIDOR ne s'occupe pas directement du logement des ouvriers, ni directement de soins psychiatriques. Cependant, tout se fait "à travers une tâche rémunérée" où il est difficile de dissocier soins et réadaptation. Il faut à tout prix éviter l'écueil de la confusion entre la demande et le désir de chacun. D'autre part, le travail en groupe (quatre ou cinq par équipe) permet la création d'un système de médiations pour établir l'échange disparu durant les années d'hospitalisation. A travers ce système s'instaurent les rapports du groupe avec les individus.

Tels étaient les objectifs de départ. Cela permet d'envisager d'une autre manière les difficultés de chacun :

- la crainte de la sortie de l'hôpital psychiatrique : un ouvrier nous a fait part rétrospectivement de ses difficultés d'emprunter les transports en communs pour se rendre à son travail : "j'ai dû réapprendre à utiliser les autobus"... (Observation n° 1),
- le manque de moyens matériels n'a pas découragé les premiers ouvriers. Ils ont continué à venir travailler malgré l'absence de vêtement de travail, l'utilisation d'outils de fortune ou de récupération, etc...
- le handicap des quatre premiers patients était très important : pathologie chronique psychotique, longueur de leur hospitalisation (5, 1, 12 et 0,5 ans).

D'autre part, le travail proposé au début était très ingrat, il s'agissait de rénover le local de l'association. Le résultat professionnel a été au-delà de toutes les espérances, peut-être soutenu par une "euphorie de libération" : outre la sortie de l'hôpital psychiatrique, chaque ouvrier s'est senti revalorisé, "capable de faire quelque chose".

2) EXPOSÉ DES OBSERVATIONS

Nous allons essayer de détailler dans l'observation de chaque ouvrier les différentes questions qui permettent peut-être d'approcher les conditions de son éventuel progrès vers une meilleure adaptation socio-professionnelle :

- Quelles ont été les expériences antérieures de réinsertion et quelles ont été les causes de leur échec ?

Le jeune psychiatre est toujours surpris de voir à l'hôpital des malades de longue évolution qui semblent bien adaptés. Il pense qu'ils sont "oubliés". Il suffit d'ouvrir leur dossier pour s'apercevoir qu'un ou plusieurs échecs ont mis un terme aux essais de réadaptation. Parfois le milieu d'origine, lui-même pathogène, se désintéresse des efforts entrepris.

- Quelle est la motivation à l'entrée à MESSIDOR de l'ouvrier ? Y-a-t-il été poussé par l'équipe soignante ? Est-ce au contact d'autres travailleurs handicapés, qu'il a décidé de reprendre le travail ?

- Quelles ont été ses relations de travail avec les chefs d'équipe, avec ses autres compagnons ?

Nous avons vu que le personnel d'encadrement est composé actuellement de trois professionnels du bâtiment, nullement rompus aux techniques de la relation ou de la communication. Ils offrent aux ouvriers handicapés beaucoup de compréhension, de bon sens et de qualités professionnelles ; mais est-ce suffisant pour le patient ?

- Quelle a été l'évolution de son comportement professionnel ?

MESSIDOR n'a pas vocation d'apprentissage et le type de travail sur les chantiers est relativement spécialisé. Les conditions d'adaptation seront d'autant plus difficiles que le patient n'aura pas l'expérience professionnelle.

- Quelle gestion de son salaire a été faite ?

Venant de l'hôpital psychiatrique où la monnaie d'échange est le plus souvent le paquet de cigarettes ou le montant du pécule de l'ergothérapie, que représente pour lui l'argent gagné par un travail réel ?

- A quel moment l'autonomie du logement est intervenue ?

Revenir chaque soir en hôpital de nuit traduit pour beaucoup un net progrès sur des années d'hospitalisation. L'étape suivante est franchie par le départ en foyer de post-cure, marquant ainsi l'indépendance vis à vis de l'institution asilaire. Ensuite, une chambre ou un appartement retrouvés donnent tout son sens au mot "sortie".

- Quelles sont les raisons de son départ et de son orientation après MESSIDOR ?

Une aide financière peut être consentie aux employeurs pour faciliter l'embauche de travailleurs handicapés en vertu du décret 78.105 du 25 janvier 1978 (J.O. du 2 février 1978).

Des aides financières sont consenties par l'Etat dans les domaines suivants :

- aménagement d'un poste de travail, c'est-à-dire adaptation de la machine, ou de l'outillage, amélioration de l'environnement et des accès au poste de travail. L'aide de l'Etat est accordée dans les limites d'un plafond fixé à 80 % du coût d'aménagement.

- compensation des charges financières résultant de l'encadrement supplémentaire nécessité par l'emploi des travailleurs handicapés.
- L'aide de l'Etat est accordée dans les limites d'un plafon fixé à 50 % des frais encourus. Elle ne concerne que la seule période d'encadrement supplémentaire effectif. Si dans l'un ou l'autre cas, la subvention n'excède pas 10 000 Francs, elle est accordée par le Préfet ; si l'aide est supérieure à 10 000 Francs, le Ministre du travail statue.

L'article L.323-32 du Code du travail prévoit qu'un travailleur handicapé employé dans un atelier protégé peut être mis provisoirement à disposition d'un autre employeur. A cet effet, deux contrats sont signés par l'atelier protégé :

- l'un avec l'entreprise utilisatrice,
- l'autre avec le travailleur handicapé.

Le double contrat d'une durée de 3 mois, renouvelable une fois, doit indiquer la condition d'embauche définitive à l'issue de la mise à disposition.

La plupart des personnes travaillant ou ayant travaillé à MESSIDOR ont fait un séjour en hôpital psychiatrique plus ou moins long. Nous avons choisi de prendre les observations des personnes ayant travaillé à MESSIDOR depuis son ouverture effective, le 10 mai 1976 jusqu'au 31 décembre 1977, ceci pour avoir un recul et un temps d'observation suffisant.

Pour la clarté de l'exposé, nous présentons d'abord un tableau récapitulatif de ces observations, avec la date de naissance, la durée globale des hospitalisations antérieures, la date d'entrée et le temps de travail à MESSIDOR, la durée de l'hospitalisation de nuit pendant ce temps jusqu'à la sortie définitive de l'hôpital.

N°	NOM	Prénom	DATE DE NAISSANCE	AGE A L'ENTREE A MESSIDOR (ans)	DUREE TOTALE DES HOSPITALISATIONS ANTERIEURES EN PSYCHIATRIE
1	ANS.	Louis	11/11/1949	28	5 ans
2	PAN.	Jean Luc	1/11/1949	28	- 1 an
3	SAX.	Guy	2/04/1939	38	12 ans
4	GOT.	Pierre	2/03/1953	24	- 6 mois
5	DEL.	Gérard	22/06/1935	42	- 3 mois
6	MUR.	Isidore	29/07/1920	57	17 ans
7	CON.	Jean	15/07/1943	34	17 ans
8	VIV.	Bruno	17/01/1954	23	3 ans
9	PRO.	Yves	14/04/1956	21	2 ans
10	BOD.	Antonin	13/01/1940	37	- 6 mois
11	BAR.	J. Claude	07/07/1958	19	3 mois
12	BEA.	Olivier	20/09/1951	26	1 an
13	LEZ.	André	31/03/1944	35	3 mois
14	LUQ.	Henri	12/10/1946	31	6 mois
15	FOS.	Maurice	31/08/1935	42	11 ans
16	MOR.	Jean	14/08/1937	40	12 ans
17	POH.	Alexandre	30/08/1953	24	1 an
18	BAI.	J. Pierre	21/04/1946	31	10 ans
19	WIE.	Michel	24/05/1942	35	15 mois
20	DES.	Daniel	04/04/1947	30	1 an
21	MOK.	BEL Kace	05/04/1931	48	1 an
22	MIN.	Guy	17/01/1955	22	1 an
23	COS.	Yves	17/12/1950	27	3 ans
24	BEL.	Franck	14/02/1943	34	10 ans
25	PIE.	J. Claude	13/03/1952	25	- 3 mois

N°	DATE D'ENTREE A MESSIDOR	DUREE DE PASSAGE A MESSIDOR	SORTIE DE L'HOSPITALISATION DE NUIT - LOGEMENT
1	10/05/1976	18 mois	Sort au bout d'un an
2	10/05/1976	1,5 mois	Après 2 mois d'hôpital de nuit, logement personnel
3	10/05/1976	5 mois	Hôpital de nuit
4	10/05/1976	15 mois	Hôpital de nuit
5	01/07/1976	0,4 mois	Logement personnel
6	07/09/1976	20 mois	Sort au bout de 10 mois
7	04/10/1976	6 mois	Hôpital de nuit
8	18/10/1976	6,5 mois	Foyer Majo
9	18/10/1976	0,3 mois	Hôpital de nuit
10	17/01/1977	1 mois	Foyer post-cure
11	19/01/1977	1 mois	Foyer post-cure
12	01/03/1977	10 mois	Logement personnel
13	09/03/1977	6,5 mois	Sort au bout d'un mois
14	14/03/1977	8 mois	Foyer de post-cure
15	12/04/1977	7 mois	Sort au bout de deux mois
16	14/04/1977	1,5 mois	Armée du Salut
17	24/05/1977	20 mois	Sort au bout d'un mois
18	15/06/1977	0,5 mois	Foyer de jeunes travailleurs
19	29/08/1977	4 mois	Sort au bout de 2 mois, puis foyer
20	06/09/1977	4 mois	Foyer
21	26/09/1977	3 mois	Foyer de post-cure
22	04/10/1977	1,5 mois	Hôpital de nuit
23	07/11/1977	2 mois	Sort au bout de 15 jours
24	21/11/1977	2 mois	Sort au bout de deux mois
25	21/11/1977	1,5 mois	Armée du Salut

OBSERVATIONS

OBSERVATION N° 1

(ANS. Louis - 28 ans)

Aîné de 3 garçons et 2 filles, il fait une scolarité normale jusqu'à l'obtention de son C.E.P.

Ensuite, il fait un apprentissage comme coupeur en confection sans aller jusqu'au C.A.P.

Son père est un malade mental grave hospitalisé dans le service depuis plusieurs années ; sa mère, l'ayant rapidement remplacé, vit actuellement en concubinage.

Très tôt, Louis a été rejeté par sa mère et livré à la solitude dans une ambiance d'état conflictuel permanent entre parents et enfants : "L'absence de sentiment dans cette famille, surtout dans la relation mère - enfant est plus l'objet de sa maladie que d'une maladie psychiatrique importante".

Il est à noter qu'une de ses soeurs est actuellement hospitalisée à l'hôpital psychiatrique et mariée à un malade mental. Cette soeur semble tenir une grande place pour Louis.

Il est hospitalisé une première fois à l'hôpital général en 1964, puis à l'hôpital psychiatrique. A l'âge de 18 ans, il est traité en clinique privée pour Schizophrénie : 40 comas insuliniques, 2 électrochocs, puis neuroleptiques à doses massives.

L'évolution psychopathique le conduit de nouveau à l'hôpital psychiatrique ; à la fin de 1967, en placement d'office pour exhibitionnisme.

Une tentative de formation professionnelle par une F.P.A. échoue en 1971.

Il passe en tout presque 5 ans à l'hôpital avec de nombreux échecs de sortie : la solitude rencontrée à l'extérieur entraînant des bouffées d'angoisse et une dépression réactionnelle, le milieu protecteur étant l'hôpital. En effet, à l'extérieur, il fréquentait le "milieu" ce qui le ramenait régulièrement à l'hôpital comme déviant - délinquant, le milieu familial l'ayant rejeté depuis longtemps.

Traitement à la sortie de MESSIDOR : - Lorazepam (TEMESTA^R)

3 mg par jour

- Psychothérapie à l'hôpital psychiatrique.

Louis inaugure MESSIDOR et y passe 18 mois. Au début, il est peu intéressé par la maçonnerie, il est plus attiré par la peinture, mais ne connaît pas le métier.

Très rapidement, il se distingue dans le groupe par une meilleure réussite et il tient rapidement le rôle de "sous-chef d'équipe" jouant ainsi un rôle privilégié. Durant ces progrès, il sort après un an d'hospitalisation de nuit pour loger dans une chambre indépendante, et son traitement est diminué.

A la même période, il fait la connaissance d'un psychopathe, ancien délinquant qu'il a rencontré à l'hôpital avant sa sortie. Rapidement, la situation commence à se dégrader (dépenses inconsidérées, dettes, etc...). Cependant, il obtient une place chez un patron pendant un mois à l'essai (salaire : 2 358 F).

Il est licencié au terme de cet essai alors qu'il donne toute satisfaction sur le plan professionnel : incapable de gérer son budget seul, ses employeurs ne supportent pas ses demandes incessantes, quasi quotidiennes, d'avances sur son salaire.

Dans un deuxième temps, il réintègre l'hôpital psychiatrique, puis MESSIDOR : il commence à rembourser ses dettes, mais il n'a pas retrouvé son statut privilégié au sein de l'équipe de peinture. Il semble que pour l'avenir il faille envisager une plus grande protection, dans un premier temps pour l'aider à gérer son budget, sachant qu'il lui sera difficile de se libérer de ce "milieu" dans lequel il a évolué.

Avec cette première observation, nous voyons combien la vie de ce patient a été transformée durant ces 18 mois : les relations du début, souvent sur le modèle du chantage, se sont progressivement normalisées. Louis, actuellement en juin 1978, peut facilement parler de son "passé", des efforts qu'il a dû fournir, ne serait-ce que pour réapprendre à se servir des transports en commun pour se rendre à son travail.

Sur le plan du résultat pratique, il a fait les preuves de ses capacités professionnelles. Il travaille toujours à MESSIDOR mais semble capable de vivre à l'extérieur avec une protection plus légère, jouant le rôle de "filet protecteur".

OBSERVATION N° 2

(PAN. Jean Luc - 26 ans)

Cadet d'une fratrie de trois : une soeur de deux ans son aînée, infirmière, en bonne santé, un frère 5 ans plus jeune, débile profond (encéphalite), hospitalisé à l'hôpital psychiatrique depuis 1975. A 13 ans, il fait un purpura rhumatoïde traité par les corticoïdes qui entraînent une prise de poids importante. En mai 1968, il échoue au baccalauréat et vit les événements sociaux de l'époque comme très menaçants pour lui. Il fait ensuite son service militaire "dans les bureaux" après avoir été écarté des pompiers de Paris pour myopie.

Enfant très renfermé, il ne marque pas de réaction particulière lors de deux accidents de voiture en 1972 où un de ses camarades trouve la mort et un autre est blessé, non plus lors de la mort de sa mère (crise cardiaque) en 1974. Il vit depuis avec son père sans participer à la vie domestique, les relations avec lui sont marquées par la mésentente.

A partir de 1972, il occupe un emploi à la pharmacie centrale des Hospices Civils de Lyon, puis dans une grosse entreprise comme aide chimiste. En 1975, il quitte son travail sans motif et sans s'inscrire au chômage.

Il est hospitalisé pour Schizophrénie à forme paranoïde : il est alors très discordant, présentant un délire variable et polymorphe avec des thèmes de toute puissance.

Il sort du service, stabilisé bien qu'encore délirant, pour MESSIDOR pendant un séjour de trois mois. Dans l'équipe peinture, puis maçonnerie, il n'est pas intégré, s'arrête en raison des congés annuels et ne veut pas reprendre. Il semble que le travail manuel ne soit pas une bonne indication pour lui ; inaccessible aux lois.

Actuellement, il ne prend plus de psychotropes et vit aux crochets de son père, sans contact avec lui ; il s'est réinstallé dans sa maladie et sa marginalité, mais hors de l'hôpital.

Une réinsertion socio-professionnelle semble difficile à réaliser.

Lorsqu'il en parle, il nous dit : "Je n'ai pas demandé à venir au monde, que la société me laisse tranquille"...

OBSERVATION N° 3

(SAX, Guy - 38 ans)

Sourd muet de naissance. Très jeune, il est placé dans différentes institutions de sourds-muets où il apprend à lire et à écrire et fait un apprentissage de cordonnier jusqu'à 18 ans. Lorsqu'il obtient son C.A.P., il exerce sa profession de cordonnier à Clermont-Ferrand. Puis, il vient à Lyon où il occupe quelque temps l'emploi de peintre.

Il fait un séjour en prison à 26 ans, mais devant la peur qu'il induisait autour de lui dans la cellule, il est d'abord transféré à l'infirmerie puis expertisé : "Attitude bizarre, bouscule les passants (vieillards et enfants dans la rue). Débilité légère, hallucinations auditives et délire de persécution". Il est donc transféré à l'hôpital psychiatrique en placement d'office.

Durant le séjour hospitalier, il n'est jamais sorti sauf pour de rares et courts séjours en maison de repos ces dernières années. Durant toutes ces années, il mène une vie ralentie de parfait "chronique". Son assiduité à l'ergothérapie du pavillon en fait un modèle du genre. Il y a longtemps qu'il ne fait plus peur et sa bonne volonté le rend plutôt sympathique. Il n'a même pas de traitement chimique à sa sortie pour MESSIDOR.

Il est physiquement handicapé : allure physique, embonpoint et malhabile de ses mains. Son travail est ralenti, sans soin. Il essaie cependant de travailler pendant 5 mois durant lesquels il est en hospitalisation de nuit. En fait, il semble que MESSIDOR ne soit pas pour lui une bonne indication et qu'une orientation en Centre d'Aide par le Travail pour sourds soit préférable : l'essai est fait : travail en atelier, logement en ville. Après 8 jours, l'équipe du Centre d'Aide par le Travail juge qu'il ne sera jamais adaptable... il est de nouveau à l'hôpital.

Le placement dans un Centre d'Aide par le Travail de petite taille pourrait cependant lui convenir, et le projet pour lui n'est pas abandonné.

OBSERVATION N° 4.

(GOT. Pierre - 24 ans)

Célibataire : son père est "chimiste" et sa mère suivie par un psychiatre. En raison des fréquents déplacements professionnels de son père et de la maladie de sa mère, il a été élevé par ses grand-parents. Il a un frère cadet. On n'observe pas d'éléments pathologiques particuliers durant l'enfance : il obtient son baccalauréat littéraire et fait un service militaire marqué sans problème particulier. Il occupe différents emplois de manoeuvre.

Puis, il est hospitalisé en juillet 1975 après une expertise médico-légale : "dégradation volontaire de véhicules en stationnement (une vingtaine)".

Conclusion : psychose schizophrénique.

Les séjours : juillet 1975, décembre 1976, avril 1977 à l'hôpital psychiatrique ne sont marqués par aucune tentative de réinsertion.

Traitement à la sortie pour MESSIDOR : - Nitrazépam (MOGADON^R) n° 1

Il fait l'ouverture de MESSIDOR et pendant trois mois, jusqu'aux vacances tout va bien.

Après les vacances, grosses difficultés pour se réadapter après cette période passée chez ses parents.

Il part à Orléans comme manoeuvre dans une entreprise de maçonnerie : nouvelle bouffée délirante et réhospitalisation.

Nouvel essai à MESSIDOR, mais trop délirant, il ne peut poursuivre.

Donc, la coupure des congés annuels et le séjour en milieu familial semblent précipiter une rechute de sa maladie qui l'empêche de tenir un poste de travail. Cet échec est dû au manque de préparation de ce temps de loisir (MESSIDOR était jeune et rien n'était prévu pour les vacances).

D'autre part, la reprise dans les milieux du travail n'était pas compatible avec son état délirant.

OBSERVATION N° 5

(DEL. Gérard - 42 ans)

Célibataire de 42 ans : il n'a qu'une soeur plus âgée que lui. Lorsqu'il est hospitalisé, il est électricien.

Lors de la première hospitalisation en 1972, il est persécuté par des voix qui lui reprochent ses relations homo et hétéro-sexuelles. De plus, il se plaint d'avoir perdu le goût de son travail car il ne peut plus suivre la cadence. Dès l'entrée, il envisage un reclassement professionnel. Il s'agit donc d'une bouffée délirante : il restera presque 11 mois hospitalisé.

Puis, une rechute sur le même mode en février 1976 : le délire paraît moins important, il invoque surtout le surcroît de travail et le surmenage ; il restera une semaine à l'hôpital.

Il est réhospitalisé une nuit au début du mois suivant.

Donc, lors de la première hospitalisation, il a retravaillé dans son métier pendant un peu plus de 3 ans, sans trop de problèmes apparents.

La rechute motivant la seconde hospitalisation sera courte : 8 jours pendant lesquels l'équipe hospitalière instaure un traitement :

- Décanoate de Fluphénazine (MODECATE^R) 50 mg/15 j
- Méprobamate (EQUANIL^R) 400 mg 1e soir.

Il fait un passage à MESSIDOR pour retrouver la cadence des horaires. Il se fait beaucoup de souci pour son métier. En fait, il y travaille irrégulièrement dans l'équipe de maçonnerie. Au bout de 8 jours, il reprend son métier d'électricien, car il ne désire pas s'adapter à la maçonnerie.

Il supporte assez mal le médicament, "oublie" les dates des injections, revient à l'hôpital en consultation lorsque "ça ne va pas". Son passage est trop court pour que l'on puisse parler de l'évolution de son comportement. Il quitte MESSIDOR de lui-même car cela ne correspond pas à ce qu'il en attendait.

Mauvaise indication pour MESSIDOR et influence des neuroleptiques avec syndrome de passivité entravant la cadence du travail.

OBSERVATION N° 6

(MUR. Isidore - 57 ans)

Né en France, il est élevé par son père, d'origine espagnole, divorcé alors qu'il avait 12 ans. Sa mère ne s'est jamais occupée de lui. Atteint de surdité depuis l'âge de 8 mois (otite), il fait de 8 à 17 ans une scolarité à l'Ecole de Sourds de Villeurbanne, puis part pendant 15 ans en Espagne où il travaille dans un orchestre où son père est accordéoniste. De retour en France, il vit avec une amie divorcée qui a trois enfants. Il a avec elle un garçon et une fille. Il occupe pendant 10 ans divers emplois (Cables de Lyon, soudure à l'arc, etc...).

Il est hospitalisé à l'hôpital psychiatrique en 1959 en placement d'office pour délire de persécution avec thème de jalousie dans un tableau de paranoïa. Long silence des observations depuis 1963, il devient à l'hôpital psychiatrique un parfait chronique ne sortant jamais sauf pour de rares permissions auprès de son amie, lorsque son placement a été transformé.

Ces dernières années, il fait un séjour en maison de repos, et, c'est tout : handicapé 2 me catégorie depuis décembre 1976, MESSIDOR sera pour lui une chance malgré un traitement médicamenteux important pour une insuffisance cardiaque.

L'indication d'un travail en milieu protégé s'est faite par hasard, peut-être parce qu'il était très lié avec SAX. (né 3).

Il est à MESSIDOR dans l'équipe de peinture depuis 15 mois et donne toute satisfaction sur le plan professionnel : il atteint le niveau d'un bon manoeuvre spécialisé. Sur le plan relationnel, il a fait d'énormes progrès alors qu'il était au départ, plutôt pervers et caractériel. Cette évolution favorable lui a permis de sortir de sa chronicité au bout de 10 mois et dans un premier temps de loger en foyer de post-cure où il ne pose pas de problèmes.

Le projet actuel, alors qu'il travaille toujours à MESSIDOR, est de faire l'essai d'un logement dans un petit appartement indépendant et ensuite d'envisager une réadaptation professionnelle en vue d'un emploi dans une petite entreprise pendant les trois ans de vie active qu'il lui reste.

En fait, récemment, nous avons appris qu'après avoir somatisé pendant presque un mois, avoir eu un accident du travail (chute d'une échelle), son seul désir est d'obtenir une place dans une maison de retraite.

Très enfermé dans sa paranoïa à son arrivée, son contact aujourd'hui est bien meilleur malgré son handicap.

Le résultat, après 17 ans d'hospitalisation, est remarquable.

OBSERVATION N° 7

(CON. Jean - 34 ans)

Enfant unique naturel d'une mère veuve qui se remarie quelques années après sa naissance, il est reconnu par son beau-père boulanger, décrit comme violent, exigeant, joueur et buveur.

Il fait une scolarité normale jusqu'au B.E.P.C. auquel il échoue. Il présente alors un état de dépersonnalisation avec dissociation et est hospitalisé en clinique privée en 1959 pour Schizophrénie. La maladie n'est pas admise au début par le beau-père, ce qui déclenche de gros conflits parentaux.

Il fait de 1959 à 1977 de nombreux séjours à l'hôpital psychiatrique ponctués par de fréquentes sorties mal préparées en relation avec la mésentente avec les parents.

A la sortie pour MESSIDOR, sur l'indication de l'équipe soignante, en hôpital de nuit, il a un traitement important :

- Diazepam (VALIUM^R) 15 mg/jour
- LOXAPINE^R 150 mg/jour
- Trifluopérazine (TERFLUZINE^R) 20 mg/jour
- DISIPAL^R 150 mg/jour
- Halopéridol (HALDOL^R) 30 mg/jour
- Alimémazine (THERALENE^R) 50 mg/jour
- plus correcteurs des effets secondaires.

Il prend son travail de peintre à coeur, l'investissant beaucoup, il reste cependant très anxieux.

Après 6 mois, sa mère décide de le faire de nouveau hospitaliser en clinique privée où il abandonne toute activité alors qu'une évolution favorable semblait se dessiner.

Il est dommage que l'expérience n'ait pas pu se poursuivre ; en effet, après deux mois de travail en milieu protégé, il avait trouvé un emploi dans le circuit normal. Mais un manque d'information et de coordination a fait échouer la tentative : Jean a paniqué et a fait croire pendant plus d'un mois qu'il travaillait, en partant tous les matins ! Une présence sécurisante lui aurait peut-être permis de s'intégrer dans le monde du travail. La dégradation de la qualité de son travail ensuite a confirmé la rechute de sa maladie.

OBSERVATION N° 8

(VIV. Bruno - 23 ans)

Issu d'une famille nombreuse (six frères et soeurs), Bruno fait une scolarité médiocre jusqu'à 15 ans sans pouvoir obtenir son C.E.P. Il vit avec sa mère, ses parents sont divorcés, sans activité jusqu'à 18 ans : il reste chez lui à ne rien faire, la plupart du temps enfermé dans sa chambre.

Il travaille une dizaine de mois dans une entreprise qu'il quitte brusquement sans raison apparente : il dit ne pouvoir supporter la coupure d'avec ses copains, ajoutant un peu plus tard qu'en fait, il n'a jamais eu d'amis.

Causes et circonstances de l'hospitalisation :

Il est hospitalisé une première fois par son médecin traitant pour "troubles du comportement" : il manifeste à cette époque une passivité, une rétention verbale. Malgré tout, il explique qu'il a peur de sortir s'il n'est pas accompagné par sa mère ou l'un de ses frères.

Pendant ce premier séjour, il est exempté de service militaire, puis sort pour retourner chez sa mère.

Réhospitalisé en 1975, quelques mois après sa première sortie, amené par la police sur la demande de sa famille : il venait en effet de tirer un coup de carabine sur son père qui était de retour au foyer pour un court séjour.

Echec de la première sortie :

Il semble que son état, bien qu'amélioré, n'était pas suffisamment stabilisé pour lui permettre de vivre de nouveau près de sa mère ; sans travail. Il a repris dès son retour dans sa famille sa vie, enfermée dans sa chambre.

Il semble que le début du trouble remonte au décès d'un frère "image opposée" de lui-même : ouvert, entouré de nombreux amis, avec qui il s'entendait bien.

Traitement lors de sa sortie pour MESSIDOR :

- Pimozide (ORAP^R₄) 2 cp/jour
- Clorazépate (TRANXENE^R 50) 2,5 comprimés/jour.

Venu à MESSIDOR grâce à un compagnon y travaillant déjà (Observation n° 1), il s'intéresse beaucoup à MESSIDOR et à sa vie propre. Bons résultats professionnels : très adroit de ses mains, il donne de bons résultats en peinture. La gestion de son salaire reste médiocre : incapable de faire des économies, il dépense sa paie rapidement après l'avoir touchée.

Les relations avec ce compagnon se détériorent rapidement, ce qui entraîne une rupture avec MESSIDOR au bout de 7 mois. Il est récupéré par l'hôpital psychiatrique qui le considère comme un "bon malade" intéressant... Orientation actuelle : il risque de redevenir un bon chronique. L'échec est dû au manque de contrôle de la relation de rivalité entre ces deux compagnons. En fait, il possède d'énormes possibilités s'il n'y avait pas ce "maternage psychologique" de l'hôpital psychiatrique qui l'a empêché de retrouver son autonomie.

OBSERVATION N° 9

(PRO. Yves - 21 ans)

Son père, en le déposant à l'hôpital psychiatrique, le présente ainsi : "Il est né paresseux..., c'est dans son caractère..., d'ailleurs il n'a vraiment rien de moi..., j'en parlerai à mon avocat pour mon divorce". Parents séparés, il est mis en nourrice jusqu'à l'âge de 6 ans : "la maison était trop petite pour qu'il y ait sa place". Il s'angoisse dès qu'il évoque le retour sous le toit familial. Il a déjà été soigné 4 ans auparavant en clinique.

Il a une soeur aînée et plusieurs autres frères.

Dès sa première visite, le père parle des possibilités éventuelles de reclassement, d'apprentissage.

Il est hospitalisé à l'hôpital psychiatrique pour crise d'agitation psychotique avec fuite des idées, incohérence, conduite de manie aiguë angoisse très importante.

Il passe, au total, deux années à l'hôpital psychiatrique, sa maladie ayant débuté à l'âge de 17 ans par une "dépression" soignée en clinique privée.

Echec : il rechute par abandon de son traitement au LITHIUM.
Il travaille à Thizy (usine de tissage) quelques temps.

Traitement lors de la sortie pour MESSIDOR :

- Sulpiride (DOGMATIL^R) 600 mg/jour.

Il est présenté à MESSIDOR par l'équipe soignante. Il n'a pas travaillé car il gagne plus en étant au chômage, dit-il...

Mauvaise indication pour MESSIDOR.

En fait, il n'a pas de relation avec les autres compagnons et aucun sens de la réalité du travail. Il présente d'autre part un état d'imprégnation éthylique pratiquement constant qui ne favorise pas son intégration. Il faut signaler à sa décharge que les équipes, lors de son passage, étaient trop nombreuses : six compagnons pour un professionnel. Ceci ne laissait pas assez de temps au moniteur pour s'occuper de chacun.

OBSERVATION N° 10

(BOD. Antonin - 36 ans)

Enfant adopté ainsi que sa demi-soeur, il fait une scolarité normale jusqu'au C.E.P. Puis, en apprentissage de plâtrerie, il obtient le C.A.P. à 18 ans. C'est alors qu'après une dispute avec son père adoptif, il quitte la maison, et travaille pendant deux ans comme plâtrier. A 20 ans, il effectue 28 mois de service militaire en Algérie. De retour, il se réconcilie avec son père, se réengage comme mercenaire en Afrique pendant un an. Lorsqu'il reprend la vie civile, il se marie (son fils a actuellement 14 ans). Pendant quelques années, il effectue divers métiers : chauffeur de poids lourds, manoeuvre dans différentes usines, puis devient intérimaire.

Sa vie professionnelle et familiale se dégrade peu à peu et en 1972 sa femme le quitte avec son enfant. Elle obtient le divorce la même année. Antonin ne se présente pas au tribunal : il n'a donc jamais revu son épouse et son fils, et n'a aucune nouvelle d'eux.

A partir de cette date, il s'alcoolise de plus en plus, pour "oublier" dit-il. Ne voulant rien devoir à personne, il ne renoue ni avec ses parents, ni avec sa soeur et "fait la route" en travaillant épisodiquement pour assurer sa survie.

Il est hospitalisé une première fois pour "état dépressif" dans un hôpital psychiatrique de l'Isère en août 1975. Il s'évade au bout de 15 jours et réapparaît au printemps suivant. Il vient alors trouver refuge à l'hôpital psychiatrique car il n'a plus de papiers d'identité et semble avoir des démêlés avec les autorités de police.

Après un mois d'hospitalisation, il s'évade ; deux jours après, il est réadmis pour tentative de suicide : il vient de se jeter sous une voiture, obéissant à une impulsion. Instable, abandonnique, il n'a jamais accepté son divorce et reste très dépressif. Très dépendant, il reste un mois et part sans laisser d'adresse.

Nous retrouvons Antonin deux mois plus tard à l'hôpital psychiatrique du Vinatier. Traité avec des antidépresseurs pendant deux mois, il sort pour loger en foyer de post-cure où il continue à s'alcooliser.

En quête d'un emploi, il se fait embaucher par MESSIDOR qui effectue des travaux dans son foyer. Il travaille comme un véritable professionnel et ne tarde pas à contester le salaire qui lui est proposé. Lors d'un contrôle de police, il est arrêté pour une ancienne condamnation. Nous n'avons pas de nouvelles.

OBSERVATION N° 11

(BAR. Jean Claude - 19 ans)

Depuis l'âge de quatre ans, il est élevé par une vieille tante agricultrice et célibataire.

Seul enfant dans cette ferme, son enfance est marquée par la solitude : sans ami, il passait ses loisirs à garder les vaches et à participer aux travaux de la ferme. Il fait une scolarité satisfaisante jusqu'en classe de seconde où il commence à apprendre la comptabilité.

A cette époque, il amorce un état délirant aigu. Il est hospitalisé au pavillon d'urgence de l'hôpital général durant un court séjour. Puis, il est suivi par le secteur avec un traitement neuroleptique (125 mg de produit retard tous les 15 jours).

Réhospitalisé une ou deux fois lors d'accès délirants aigus, il se stabilise sur un fond délirant évoquant une paranoïa.

Il entre au foyer de post-cure J. DECHAUME sur la demande de l'équipe de secteur car il n'est plus toléré dans le foyer "MAJO" qui l'hébergeait.

Son traitement est alors sensiblement réduit et il ne reçoit actuellement qu'une chimiothérapie à visée anxiolytique bien supportée.

Lors de travaux effectués à la Résidence J. DECHAUME par les ouvriers de MESSIDOR, il demande à être embauché.

A MESSIDOR, durant moins d'un mois, il n'est pas d'accord avec le salaire proposé. Il décide donc de partir et bénéficie d'une pré F.P.A. lui permettant avec son salaire, de retrouver ses droits sociaux et de ne plus être pris en charge par la D.A.S.S. comme il l'était jusqu'alors.

N'ayant jamais travaillé auparavant, il n'entre pas exactement dans le cadre de notre étude. Cependant, MESSIDOR lui a permis d'entrer dans le monde du travail et a surtout évité une nouvelle hospitalisation.

OBSERVATION N° 12

Depuis l'âge de 17 ans, il reçoit de nombreux traitements en hospitalisations en cliniques privées pour une psychose dissociative qui peu à peu prend la forme clinique d'une psychose paranoïde avec interprétations morbides de structure paranoïaque.

Hospitalisation en hôpital psychiatrique pour la première fois en 1973. Le diagnostic évoqué alors est : décompensation d'une Schizophrénie évoluant depuis l'âge de 17 ans, épisodes d'angoisse psychotique avec hallucinations auditives.

Nous n'avons pas de renseignements sur les séjours antérieurs, sinon que l'on constate des moments de rémission de la production délirante et de l'altération de la personnalité lui permettant d'entreprendre une adaptation socio-professionnelle.

Traitement :

- Méprobamate (EQUANIL^R) 1200 mg
- Dichlorhydrate de Fluphénazine (MODITEN^R) 50 mg tous les 15 jours
- entretiens psychothérapiques de soutien

Il vient à MESSIDOR pour travailler, mais il est pris dans le désir de ses parents qui veulent en faire un intellectuel, quitte à ce qu'il vive à la maison même sans rien faire (parents ambivalents). Sans qualification professionnelle, il trouve un endroit à MESSIDOR où il fait ce qu'il veut et arrive à faire quelque chose de positif. Il retrouve une certaine stabilité malgré une opposition constante de ses parents.

Il peut évoluer à MESSIDOR à condition d'avoir une autonomie vis-à-vis de ses parents.

Ce passage, long (10 mois) certainement positif, lui permettra peut-être de gagner son indépendance et sa place dans la société en dehors de ses parents.

Il quitte l'Association pour préparer la réalisation d'un ancien projet de voyage qui pourrait débloquer la situation.

OBSERVATION N° 13

(LEZ. André - 35 ans)

Né en France de mère française et de père algérien, il part en Algérie. A 28 ans, il s'y marie et trois semaines plus tard, revient en France pour revoir sa mère. Celle-ci refuse de le rencontrer : dès lors, il se met à boire et commence à vivre "à la cloche".

Entré à l'hôpital de Saint Cyr pour éthylisme paroxystique avec désocialisation ancienne... pseudodébilité paradoxale, il n'a pas de désir de désintoxication.

Les échecs antérieurs de resocialisation sont nombreux. Depuis deux ans, il présente tous les 15 jours, d'une façon régulière, des ivresses pathologiques pendant lesquelles il manifeste une violence extrême avec une conduite clastique. Ceci est mal toléré par son entourage : il perd ainsi son logement. Il épuise rapidement toutes les institutions susceptibles de le recevoir.

Il est hospitalisé alors qu'il travaille déjà à MESSIDOR depuis trois mois en attente d'un logement. Il sortira d'ailleurs rapidement (8 jours) après plusieurs sorties non légalisées. Il est décrit comme : inaccessible à toute loi, avec des difficultés à supporter quelque contrainte que ce soit (propreté). Il n'exprime pas sa souffrance, mais fait un accès caractériel à la moindre frustration. Il ne prend pas de traitement d'une manière effective.

A MESSIDOR, son comportement reste identique. Il est embauché grâce à l'A.T.M.P.⁺ Maçon, il fait des travaux pénibles. Il est bon manoeuvre, mais nécessite beaucoup de tolérance car il est souvent agressif et susceptible.

Suivi par l'A.T.M.P.⁺, il est placé chez un paysan, logé, nourri. Il est bien supporté et ce changement d'orientation est bénéfique.

⁺ A.T.M.P. : Association tutélaire des majeurs protégés.

OBSERVATION N° 14

(LUQ. Henri - 31 ans)

Il s'agit d'un homme de 31 ans qui vient d'un hôpital psychiatrique d'un département voisin.

Elevé dans un milieu rural, il entretient d'assez médiocres relations avec sa famille qui n'hésite pas à faire appel à la police lorsqu'elle ne veut plus le voir.

Il dit avoir un C.A.P. de maçon, toujours est-il qu'il a une expérience de plusieurs années d'aide maçon.

Psychotique, sans symptôme délirant franc, il arrive à la résidence J. DECHAUME après un séjour en hôpital psychiatrique où il a fait soigner son éthylisme...

Embauché à MESSIDOR par l'intermédiaire d'un foyer de post-cure (J. DECHAUME), il occupe un poste de manoeuvre. Rapidement, il acquiert un peu d'assurance grâce à ce réentraînement au travail. Son éthylisme de fin de semaine ne pose pas de problème dans son travail.

Par contre, il semble qu'il est la cause d'un grave accident de la circulation nécessitant une longue rééducation fonctionnelle.

En principe, il sera repris à MESSIDOR pour être dirigé ensuite vers le circuit normal.

OBSERVATION N° 15

(FOS. Maurice - 42 ans)

Il perd sa mère à l'âge de 18 mois. Son père maçon se remarie deux fois : il a un frère et deux soeurs avec lesquels il n'a pas de relations. Il garde un mauvais souvenir de son enfance : il a été élevé par une tante, puis placé très jeune dans des fermes, ensuite il vagabonde. Il a été réformé du service militaire pour épilepsie. Il est ensuite hospitalisé à l'hôpital psychiatrique d'Azeure (Allier) pendant 19 ans. Il est placé dans un hospice d'où il fugue pour retrouver son père.

En 1967, il vient de la maison d'arrêt où il a été interné pour vagabondage : il est dirigé sur l'hôpital psychiatrique après expertise : "débilité mentale importante, non accessible à une sanction pénale". Il est épileptique (traumatisme crânien de l'enfance : cicatrice pariétale gauche avec cal sous-jacent qui indique une fracture ancienne).

Depuis qu'il est à l'hôpital psychiatrique, il s'occupe de l'épluchage à la cuisine où l'on est très satisfait de son travail. Il a un bon contact, se plaît à l'hôpital, il se lie d'amour avec une malade d'un autre service : il veut se marier et fonder un foyer, ce qui l'a poussé à chercher du travail il y a 2 ans.

En fait, les rencontres fréquentes motivées par les problèmes qu'il pose font apparaître un délire : insouciant de la réalité, il ne s'embarrasse pas de préjugés moraux : il y a 4 ans, il est sorti tous les jours pendant un mois en disant qu'il travaillait ! Ceci pour satisfaire les soignants qui lui demandaient de trouver un emploi.

Il reste à l'hôpital presque dix ans, puis 8 mois dans un foyer de post-cure (J. DECHAUME).

A MESSIDOR, depuis le 12 avril 1977, il y reste 7 mois sur l'indication de l'équipe soignante. Il est présenté comme étant gentil avec beaucoup de bonne volonté, mais assez limité intellectuellement pour un travail de qualité en contact avec des particuliers.

Son placement est trop rapide, l'atelier étant trop près de la réalité : il faut un séjour plus prolongé. Son passage dans les différentes équipes, y compris celle du jardinage en septembre, a montré qu'il était très handicapé.

La lenteur observée dans le travail qu'il effectue n'est certainement pas étrangère au traitement suivi :

- ALEPSAL^R n° 1
- DIHYDAN^R n° 2
- GARDENAL^R 0,10 n° 1
- ORTENAL^R n° 1
- RIVOTRIL^R n° 1

Une orientation vers un Centre d'Aide par le Travail semble plus réaliste pour lui dans un premier temps.

OBSERVATION N° 16

(MOH. Jean Henri - 40 ans)

Né à Alger, il a un frère de trois ans son cadet, ses parents sont divorcés. Après des convulsions à l'âge de trois ans, il présente une comitialité qui serait la conséquence d'une encéphalopathie. Une scolarité médiocre jusqu'en classe de quatrième le conduit à l'âge de 19 ans dans un Atelier Protégé en Belgique où il obtient un diplôme de cordonnier - maroquinier. De retour à Lyon, pour revoir le pédo-psychiatre qui le suivait durant son enfance, il est hospitalisé à l'hôpital psychiatrique une première fois en 1965 en auto-placement volontaire : l'observation le décrit comme présentant tous les caractères typiques d'un épileptique avec réactions lentes, lourdeur d'esprit et persévération.

Une première sortie pour un travail de barman ne dure que quelques temps. Il est rapidement réhospitalisé à l'hôpital psychiatrique de Dijon d'où il sort en faisant un procès à son père (le traitant de truand et d'alcoolique). Il est à noter qu'en 1956, sa mère décède à l'hôpital psychiatrique, ce qui a pour conséquence d'envenimer les relations qu'il a avec son père et son frère ; il les accuse de la mort de sa mère.

Son frère, épileptique depuis l'âge de 26 ans, se suicide à 33 ans après plusieurs tentatives.

En définitive, ce malade vit depuis l'âge de 12 ans dans des foyers, des maisons spécialisées pour épileptiques, un Centre d'Aide par le Travail, des hôpitaux psychiatriques.

Finalement, d'emploi en emploi, d'échec en échec, de foyer en Centre d'Aide par le Travail, il arrive à MESSIDOR avec un traitement anti-comitial modéré :

- TRINURIDE^R n° 3
- ORTENAL^R n° 2,5
- TEGRETOL^R n° 3

Il restera un mois et demi essayant de travailler dans les différentes équipes. Très revendicateur, connaissant bien ses droits, il n'accepte pas de travailler pour un si maigre salaire (de l'ordre de 7 francs

de l'heure) et décide de partir pour un foyer où il est employé comme jardinier.

Son passage à MESSIDOR n'a rien apporté de nouveau quant à sa réadaptation. La vie de ce malade a été faite d'échecs et récemment nous avons appris sa disparition lors d'une excursion en montagne...

OBSERVATION N° 17

(POH. Alexandre - 24 ans)

Dès son plus jeune âge, il est l'objet de placements médicaux (hôpital de Giens). Ensuite, durant 7 ans, il est dans un institut médico-pédagogique.

Ensuite, pendant 5 ans, il est placé chez des agriculteurs où tout ne se passe pas bien puisqu'il revient à Lyon loger à l'Armée du Salut et travaille aux ateliers Denis CORDONNIER (C.A.T.) pendant quelques mois. N'ayant aucun sens de l'argent, il est mis sous tutelle et placé pendant deux ans encore, en milieu agricole, ce qui semble mieux lui convenir. En 1977, il est hospitalisé à l'hôpital psychiatrique pendant quelques jours avec le diagnostic de psychose déficitaire.

A sa sortie, il loge en foyer SONACOTRA et est admis à MESSIDOR présenté par l'A.T.M.P.⁺ Il se montre très influençable, tributaire du milieu avec une autonomie limitée.

Dans l'équipe de maçons, il fait les gros travaux sans raffinement (il est très travailleur) et atteint le niveau d'un bon manoeuvre.

Depuis quelques temps, il ne montre pas d'évolution particulière et son désir exprimé serait de travailler dans une entreprise de déménagement où semble-t-il il pourrait bien s'adapter, ou bien en milieu agricole où il a déjà travaillé.

Actuellement, en juin 1978, il reste employé de l'Association MESSIDOR, mais est détaché chez son ancien employeur, éleveur de volailles⁺⁺. Outre l'action de MESSIDOR, il faut souligner la prise en charge remarquable de l'A.T.M.P. Il est souhaitable de continuer à l'avenir cette forme de prise en charge complémentaire qui permet une aide globale.

⁺⁺ N.B. : L'article L 323-32 du Code du Travail prévoit qu'un travailleur handicapé employé dans un Atelier Protégé peut être mis provisoirement à disposition d'un autre employeur.

⁺ A.T.M.P. : Association tutélaire des majeurs protégés.

OBSERVATION N° 18

(BAI. Jean Pierre - 31 ans)

Né d'un père alcoolique : "si je suis malade, c'est que mon père buvait...". Il parle peu de sa mère et de sa soeur.

La première hospitalisation semble remonter avant 1967 dans l'Isère en particulier. On sait que de 1967 à la fin 1976, il fait au moins 11 séjours dans la Drôme, soit pour des tentatives de suicide, soit pour une rechute de son état névrotique oscillant parfois vers la Schizophrénie. En 1969, il présente un syndrome d'automatisme mental avec des hallucinations psychiques et un sentiment de dépersonnalisation.

Hospitalisé dans le service en 1976 dans un état comateux non étiqueté avec attitude figée, subcatatonique. Quelques jours après, le contact est bon, mais les propos sont délirants : "je suis mort... je reçois des ondes et des électrons... c'est ce qui me détruit... Hitler est devenu fou comme ça..." ; par ailleurs, il tient des propos mystiques.

Nous n'avons pas d'informations précises sur les séjours précédents, sinon que l'état étant stabilisé avec un traitement neuroleptique régulièrement abandonné, on assistait à une rechute.

Il semblerait qu'à 31 ans il n'ait pas travaillé plus d'un an en tout.

Traitement lors de la sortie pour MESSIDOR :

- Maprotiline (LUDIOMIL^R) 25 mg
- AKINETON^R) n° 1
- Nitrazépam (MOGADON^R) n° 1
- Pipothiazine (PIPORTIL^R L₄) 75 mg

Il vient à MESSIDOR un peu contre son gré. Il y travaille en tout deux demi-journées, et part de lui-même.

OBSERVATION N° 19

(WIE. Michel - 35 ans)

Il apprend par hasard à 23 ans qu'il a eu un jumeau mort-né. Il est élevé en nourrice jusqu'à 6 ans avec des enfants de l'assistance : "j'ai eu deux pères et deux mères".

Il garde de bons rapports avec ses parents nourriciers, malgré leurs disputes fréquentes.

Il a une soeur, un frère menuisier puis maçon qui habite chez son père. Le père, souvent en déplacement, reste peu à la maison.

Il est transféré à l'hôpital de Grenoble à 32 ans, car il présente une bouffée délirante aiguë sur un terrain éthylique. Il se dit poursuivi pour meurtre : "j'ai tué une femme et sa mère et d'autres personnes me poursuivent". Il présente des hallucinations auditives : on lui parle par télépathie à travers les murs. Il ne peut circuler en ville qu'en taxi.

De mars 1975 à mai 1977, au total il reste 15 mois à l'hôpital psychiatrique où il travaille régulièrement à l'ergothérapie malgré l'importance de son délire.

Il sort après un premier séjour en maison de repos, puis reprend son travail de maçon coffreur. Puis on assiste à une rechute de son état délirant.

Ensuite, un autre essai de travail se solde par une crise d'angoisse. Le soir même du premier jour, deux éléments étaient retenus : une altercation avec son chef de chantier et une injection de 100 mg de Fluphénazine deux jours avant.

Puis, rechute après un séjour chez sa soeur à Grenoble.

Il reprend son travail pendant un mois, puis nouvelle rechute.

En 1977, après une sortie de presque un an, nouvelle rechute au mois de mai.

Traitement :

- Clomipramine (ANAFRANIL^R) 100 mg
- Clorazépate (TRANXENE^R) 10 mg
- Acéprométazine (NOCTRAN^R) n° 1
- Décanoate de Fluphénazine (MODECATE^R) 100 mg/15 jours.

A MESSIDOR, pendant 4 mois, il fait du bon travail dans l'équipe des maçons : professionnel, mais sans plus.

Bon comportement avec les autres, il peut prendre le car pour venir travailler.

Il est sécurisé à MESSIDOR : il n'a plus de bouffée d'angoisse. Le traitement bien supporté est même diminué.

Il fait un séjour dans un foyer de post-cure (J. DECHAUME) après deux mois d'hospitalisation de nuit.

Il trouve un travail en Iran pour construire une centrale et est refusé car à la visite d'embauche, il montre son ampoule de MODECATE au médecin du travail qui l'écarte de l'emploi.

Ayant tout perdu, il revient à l'hôpital psychiatrique et redevient chronique, alors qu'il est capable de travailler à l'extérieur.

OBSERVATION N° 20

(DES. Daniel - 30 ans)

Orphelin de mère, très jeune, il est élevé par une grand-mère en milieu rural. Il fait une scolarité spécialisée en I.M.P.⁺ où il ne peut pas apprendre à lire et à écrire.

Son autonomie est limitée par un certain degré de débilité se traduisant par une grande maléabilité et suggestibilité.

Le contact est plutôt agréable, il est très travailleur et assidu, mais le résultat est médiocre.

Il est présenté à l'Association par l'intermédiaire de l'A.T.M.P.⁺⁺ En fait, MESSIDOR n'apportera rien de plus, il devra vivre toute sa vie en milieu protégé.

Actuellement logé dans un foyer SONACOTRA, il ne peut pas supporter un travail à l'intérieur (un essai de 2 - 3 mois en Centre d'Aide par le Travail il y a quelques temps n'avait pas abouti).

Illettré, débile, il devra toujours être protégé, comme il l'est actuellement par l'A.T.M.P. Son orientation doit se faire vers un Centre d'Aide par le Travail offrant des travaux à l'extérieur, entretien d'espaces verts par exemple.

⁺ I.M.P. : Institut médico-pédagogique.

⁺⁺ A.T.M.P. : Association tutélaire des majeurs protégés.

OBSERVATION N° 21

(MOK. Bel Kacem - 48 ans)

Algérien, il fait une scolarité normale jusqu'au niveau du B.E.P.C. Il vient en France en 1956 et effectue un stage de F.P.A.⁺ pour être serrurier.

Puis, il travaille un temps comme peintre au pistolet.

Une première "dépression nerveuse" le conduit à l'hôpital à Paris.

A sa sortie, il retourne en Algérie, mais n'y reste pas.

Il se marie avec une hollandaise en 1960 : il part à Amsterdam, puis en Allemagne pour quelques temps.

De retour en France, il est de nouveau hospitalisé à l'hôpital psychiatrique pendant 8 mois pour de gros problèmes d'éthylisme.

Il connaît MESSIDOR par l'intermédiaire d'autres compagnons, et s'y fait embaucher. Comme peintre, il donne de bons résultats avec une bonne adaptation. Puis, il veut diriger les autres compagnons : il s'en détache pour se rapprocher des chefs d'équipe, ce qui entraîne des frictions avec ses compagnons.

Son problème d'éthylisme sur les chantiers le rend agressif. Rapidement, nous assistons à une dégradation au foyer où il loge avec des absences répétées et une grande instabilité. Il est licencié à la fin de l'année 1977 alors qu'il était sur le point de retrouver ses droits sociaux.

Toujours, dans un foyer de post-cure (J. DECHAUME), mais sans travail, c'est un nouvel échec de réadaptation.

⁺ F.P.A. : Formation Professionnelle pour Adultes.

OBSERVATION N° 22

(MEN. Guy - 22 ans)

Né en Algérie, il a vécu à Alger jusqu'à 6 ans. Puis il rentre à Paris, puis à Tours, ces changements étant consécutifs aux différentes affectations de son père militaire de carrière.

Il a un frère aîné tolier carrossier et une soeur cadette qui ne posent pas de problèmes.

Scolarisation jusqu'à 14 ans sans obtenir le C.E.P. Il fait ensuite 3 ans d'apprentissage de tapissier sans réussir le C.A.P. Il résilie alors son sursis et s'engage dans l'armée.

Après un mois de peloton, il fait une expérience délirante primaire et est hospitalisé pour "Schizophrénie à début aigu avec délire paranoïde et syndrome catatonique, autisme, syndrome de l'influence, hallucinations auditives, discordance et impression de transformation corporelle". Il est traité par DOGMATIL^R et LARGACTIL^R, puis PIPORTIL^R et LARGACTIL^R, et réformé.

De retour à la vie civile, il reste pendant 4 mois dans sa famille. Il baigne pendant cette période dans une oiseveté complète, faisant des dépenses inconsidérées, et quelques fugues sans motivation, ce qui est très mal supporté par le père.

La seconde hospitalisation à l'hôpital psychiatrique cette fois survient à la suite d'une ivresse pathologique en novembre 1975. Il présente au cours de ce séjour le même état avec flou de la pensée, avec mimique pauvre et reste sans demande.

Avec un traitement (NOZINAN^R), il devient plus loquace, s'occupe à la tapisserie de l'ergothérapie. Il réalise la réfection de canapés, mais reste incapable d'organiser seul son travail.

Après 5 mois, il est repris par sa famille et suivi 3 mois en consultation. Il est réhospitalisé en juillet dans un état mutique, figé, apragmatique. Au bout d'un mois, il est repris de nouveau par sa famille alors que son état ne s'était pratiquement pas amélioré. Il est rapidement réadmis. Son état se stabilise, mais sa mère ne veut plus le reprendre à la maison car elle en a peur. Le père lui, rigide, est culpabilisé et rejette

la responsabilité de la maladie de son fils sur l'armée.
Il travaille sans problèmes durant 4 mois à la "dépense" de l'hôpital
psychiatrique.

L'équipe soignante décide alors de le placer à MESSIDOR comme
jardinier. Mais, son absence d'initiative et sa lenteur au travail
l'empêchent de prendre une autonomie complète malgré une bonne adaptation
à la sortie (il respecte les horaires, prend le bus seul...). Il y reste
un mois, ce qui n'est pas suffisant pour une bonne observation. En fait,
il semble que le chef d'équipe jardinier n'ait pas pu s'adapter à ce
travail particulier "d'ouvrier éducateur" et qu'il soit en partie la
cause de cet échec.

Le nettoyage des vitres et l'entretien des bâtiments semblent
l'intéresser : il a donné de meilleurs résultats dans cette équipe.
Mais ses possibilités sont limitées : il ne peut tenir plusieurs outils à
la fois (seau, eau, truelle)... et son rythme de travail est très lent.

Après l'échec du jardinage, de la maçonnerie et de la peinture,
le manque de demande en nettoyage fait qu'il ne peut rester à MESSIDOR.
En fait, il semble que sa place soit plus en Centre d'Aide par le Travail
qu'en milieu protégé.
Il sera réemployé à l'ouverture de MESSIDOR en Centre d'Aide par le Travail
(Cf. les projets d'avenir chapitre III).

OBSERVATION N° 23

(COS. Yves - 27 ans)

L'histoire de ce patient est intriquée avec celle de sa mère (et de sa pathologie) envers qui il présente une dépendance profonde et néfaste dont les hospitalisations itératives le défendent tant bien que mal.

La première hospitalisation a lieu en 1969, il a alors 19 ans. Il se présente comme étant la proie d'une tension et d'une agitation incessante qui rend tout dialogue difficile, sinon impossible.

Depuis quelques mois, on observe un début de mouvement d'autonomie dans la relation mère - fils, le malade essayant de chercher du travail. Il ne garde pas les emplois qu'il trouve, son éthylisme n'y étant pas étranger.

Cette recherche d'emploi le conduit à MESSIDOR pendant deux mois. Il a déjà une expérience professionnelle puisqu'il a travaillé chez des peintres comme manoeuvre. Il a dans son travail une grande cadence de production, mais il est sans soin dans son exécution. Il a de bonnes relations avec les autres ouvriers et les chefs d'équipe. A MESSIDOR, il acquiert une meilleure stabilité avec moins de problèmes d'éthylisme. Il loge dans un foyer de post-cure, 15 jours après son embauche.

Pour son avenir, on envisage un emploi dans une petite entreprise familiale et un logement dans une chambre indépendante. Il ne pose en outre pas trop de problème quant à la gestion de son budget.

OBSERVATION N° 24

(BEL. Frank - 34 ans)

Né en 1943, il a une soeur cadette de 6 ans. Son père, voyageur de commerce, voyageait souvent en train. Sa mère travaille dans un commerce. Mis en observation pendant 3 mois à l'hôpital psychiatrique à l'âge de 10 ans, il présentait déjà des difficultés. Dans sa petite enfance, on note un léger retard psycho-moteur.

Ses parents divorcent lorsqu'il a 12 ans. Les enfants vivent pendant 3 ans avec le père remarié (un enfant). Puis, ils reviennent vivre avec la mère, elle-même vivant en concubinage.

Des difficultés et un retard scolaire (C.E.P. à 15 ans) entraînent un placement chez un serrurier pendant un an : le métier ne lui plaît pas et sa mère l'envoie dans un centre de rééducation fonctionnelle à Rennes pendant 6 mois.

Il est ensuite placé dans une Ecole d'agriculture comme employé pendant 3 ans. Il est rendu à sa mère à la suite d'un changement de direction. Sa mère vit alors avec un homme de 20 ans son cadet et tient un bar dans lequel notre malade s'occupe du ménage.

A 17 ans, il fait une tentative de suicide médicamenteuse.

Un jour, pris par sa passion des trains, il prend de l'argent et fugue dans le Nord où il est hospitalisé : c'est le début de nombreux séjours en hôpital psychiatrique.

Apragmatique, fuyant le sexe opposé, il se plaint à son entrée de troubles de l'attention et extériorisé des hallucinations acoustico-verbales.

Sa grande passion est le train : il vit par lui et c'est tout ce qui le touche.

Il fait de juillet 1967 à 1974 de nombreuses fugues toujours par ce mode de locomotion. A partir de cette date, il travaille régulièrement à l'ergothérapie, rendant des services à tous, prenant des permissions régulièrement pour faire des promenades en train, son vieux rêve étant de travailler dans les chemins de fer. Il n'a pas été retenu pour ces emplois car il a été réformé au service militaire.

Il reste au total presque 9 ans à l'hôpital psychiatrique.

Les tentatives de placements en I.M.P.⁺ ou C.A.T.⁺⁺ ont toujours échoué : trop jeune ou trop âgé selon les établissements, on ne trouvait pas de place disponible. En fait, lorsqu'il se présente en Centre d'Aide par le Travail, il fait si bonne figure de par son niveau intellectuel que les responsables pensent que ce n'est pas une bonne orientation pour lui.

Différents essais de réintégration dans le milieu familial ont échoué, le malade faisant des fugues non supportées par sa mère. Cette dernière refusait même de le voir.

A chaque fugue, il était récupéré par un hôpital psychiatrique qui, régulièrement, le renvoyait au service en placement d'office si besoin.

Traitement lors de la sortie pour MESSIDOR :

- Méprobamate (EQUANIL^R) 800 mg/jour.

Il vient à MESSIDOR alors qu'il loge déjà au foyer de post-cure (J. DECHAUME). Depuis deux mois, en peinture, il est considéré comme un travailleur à part entière (= différence avec le milieu protecteur de l'hôpital psychiatrique). Il continue comme peintre et travaille avec un goût des relations très amélioré. Le délire est mis en veilleuse.

Il y a une forte probabilité pour qu'il travaille chez un patron, dans une entreprise de nettoyage - entretien de bureaux par exemple. La gestion de sa paie ne semble pas lui poser de problème. Une orientation pour un foyer plus autonome que J. DECHAUME est souhaitable.

Nous pouvons mesurer les progrès accomplis après 9 ans d'hospitalisation, sans parler des différentes institutions médico-éducatives qu'il a fréquenté durant son adolescence. Ce seul résultat justifie, à notre avis, l'existence d'organismes tels que MESSIDOR.

⁺ I.M.P. : Institut médico-pédagogique.

⁺⁺ C.A.T. : Centre d'Aide par le Travail.

OBSERVATION N° 25

(PIE. Jean Claude - 25 ans)

Originaire des Vosges, nous n'avons que peu de renseignements sur sa biographie. Pris en charge par la Préfecture de 8 à 14 ans, il est abandonné par ses parents à 14 ans à la suite semble-t-il d'actes de délinquance liés à son caractère psychopathique. Il fait un séjour en prison, puis à sa sortie, suit une F.P.A. à Epinal. Il obtient, dit-il, son C.A.P. de peinture et est employé dans un hôpital des Vosges (nous ne pouvons savoir si c'est en tant qu'ouvrier ou que patient ?).

Fuyant son père qui le "vole", il est en fait rejeté par son entourage. Il vient à Lyon recueilli par l'Armée du Salut qui l'envoie à MESSIDOR : il travaille régulièrement dans l'équipe de peinture, mais la qualité de son travail n'est pas à la hauteur de ce qu'il annonçait.

Il commettra le premier vol (10 Francs) enregistré depuis l'ouverture de MESSIDOR, ce qui déclenchera une série de petits incidents sans gravité mais qui détériorent les relations avec ses compagnons. Il commence à venir travailler moins régulièrement et, après deux mois, son instabilité le fait licencier. Donc, même avec cette formule, l'adaptation n'a pas pu se faire.

Actuellement, il a disparu et nous n'avons pas de nouvelles.

CHAPITRE III

EXPOSE DES RESULTATS - ANALYSE ET DISCUSSION

"Le rôle du psychiatre est aussi de remettre la folie sur la place publique, c'est-à-dire témoigner contre l'aliénation..."

MEYER Ph. "Anti-psychiatrie" Esprit
septembre 1971.

1) ÉTUDE DES CAUSES DES ÉCHECS ANTÉRIEURS :

Dire, comme au XIXème siècle, que le désœuvrement du malade est néfaste et qu'à l'hôpital psychiatrique doit s'organiser le travail comme un élément essentiel du traitement, serait faux. Ce n'est plus tant le travail lui-même qui compte, que le rapport dynamique que le malade entretient avec lui. Il faut bien avouer que pour chacun des 25 patients dont nous avons rapporté la biographie, le travail sert de tests :

- soit que l'emploi ait été perdu au fil des années passées à l'hôpital, dans ce monde clos, loin de la réalité extérieure,
- soit que l'emploi précédent n'ait eu qu'une durée éphémère. Le patient ne peut alors retrouver à sa sortie, l'ensemble des conditions nécessaires à la reprise du son travail,
- soit que la reprise elle-même se soit avérée impossible au cours des différents essais précédents. La longueur de l'hospitalisation, le manque d'entraînement ou l'effet indésirable de passivité dû aux traitements notamment psychotropes, viennent entraver le bon déroulement des essais de réinsertion.

a) A la lumière de nos observations, nous pouvons obtenir différents groupes de causes ayant entraîné des échecs lors des essais antérieurs :

+ Effets des médicaments psychotropes entraînant une difficulté pour soutenir une cadence de production dans un travail à l'extérieur. Ils sont parfois associés aux séquelles de certains syndromes tels que le désintérêt que l'on rencontre chez les Schizophrènes (Cf. Observations n° 5, 7, 12, 19). Dans ces cas, l'entraînement ou le réentraînement à un rythme de travail adapté n'a pas pu se faire faute d'information ou d'impossibilité due aux exigences du travail sur les chantiers.

+ Chronicité à l'hôpital psychiatrique ou en institutions spécialisées, trop souvent hyperprotecteurs (Cf. Observations n° 1, 3, 6, 15, 17, 20, 24).

Mais une évolution peut se produire malgré la durée des hospitalisations : (Cf. n° 1, 3, 6). Il s'agit là certainement, de la cause la plus importante

et de loin la plus souvent rencontrée.

+ Les difficultés avec l'entourage, pathologie de l'isolement, conflit avec le milieu familial, transplantation, instabilité habituelle rencontrée chez certains handicapés mentaux, sont souvent rapportés dans les observations : (Cf. n° 1, 7, 8, 12, 23, 24, 25).

Parfois, on note une absence totale d'essai de réinsertion (Cf. n° 3, 7, 8, 21).

+ Les actes non adaptés à la réalité extérieure, voire anti-sociaux ou médico-légaux avec un milieu intolérant, sont relevés dans les observations n° 1, 4, 6, 13.

+ Parfois, il s'agit de la rechute de la maladie, ou de l'arrêt prématuré de la chimiothérapie (à rapprocher à la pathologie de l'isolement) (Observations n° 2, 4, 8, 9, 13, 18, 19, 20, 21).

+ Nous pouvons regrouper avec les observations n° 3, 6, 15, des échecs liés à l'âge avancé du patient et nous rejoignons ainsi les difficultés des travailleurs du même âge non handicapés (chômage), le manque d'aptitudes professionnelles ou le bas niveau scolaire limitant ainsi les possibilités sur le marché de l'emploi.

Nous insistons sur l'influence du milieu recevant le malade. Il peut, dans certaines conditions, être lui-même pathogène. En ce sens, il pourra influencer la rechute de la maladie, et reconduire le patient à l'hôpital.

Pour réduire la source de tels échecs, il est important de pouvoir faire une bonne information de ce milieu.

Il faut par ailleurs être bien implanté dans la population, pour d'une part, être connu d'elle comme pouvant l'aider (dispensaire d'hygiène mentale, par exemple). D'autre part, il faut bien connaître la pathologie de ce milieu afin d'éviter l'erreur d'y replacer le patient. Ceci n'est réalisable que dans le mouvement d'ouverture de l'hôpital vers l'extérieur, dans le cadre de la politique de sectorisation.

De ces échecs antérieurs, nous ferons quelques remarques d'ordre général :

+ L'ensemble des difficultés rencontrées par la majorité des patients, semble être le résultat de certains concepts de soins à l'hôpital psychiatrique détaillés dans le premier chapitre. :

• Négation, tant de l'existence, que de la dimension institutionnelle qui sépare le normal du pathologique et isole la maladie de son contexte.

• Démarcation au sein de l'institution de deux groupes distincts : les soignants (auxquels nous pouvons adjoindre les personnels administratifs) et les soignés : actuellement, il y a une disparité de ces deux groupes. Ce clivage ne fait que renforcer la mise à "l'abri" des soignés (nous observons qu'à l'hôpital du VINATIER, il y a un nombre de "soignants" presque supérieur au nombre de soignés"..).

• Le désir du soigné ne peut passer que par le désir du soignant : c'est ainsi que des malades passent 5, 10, ou 20 ans à l'hôpital (Observations n° 1, 3, 6, 7, 24, etc...)

• "L'ambiguïté historique" de l'hôpital psychiatrique, lieu de renfermement, créé pour cela (Loi de 1838), mais aussi centre de soins intensifs. Parfois inovateur, (BALVET à St Alban, LAMBERT, REQUET à Lyon, l'expérience du XIIIème arrondissement à Paris...), il permet une lente évolution des idées.

• La vie concrète du malade dans l'hôpital psychiatrique, a souvent un sens de survie et le malade lui donne spontanément ce sens, aidé en cela par l'organisation de l'hôpital en "village" ; nul n'est tenu de sortir, puisque tout est sur place.

• Sous l'influence de facteurs économiques, avec l'encombrement des hôpitaux psychiatriques à une certaine époque, de facteurs politiques avec la réintégration de la déviance sous toutes ces formes, de facteurs de progrès des méthodes thérapeutiques, l'hôpital psychiatrique,

modèle 1838, a évolué grâce à la politique de sectorisation, il tend à l'ouverture sur l'extérieur.

. Finalement, l'absence de lieux de transition entre l'hôpital et la vie à l'extérieur peut en quelque sorte "justifier" ces échecs.

+ Depuis 1960, mais surtout depuis 1968, la politique de secteur se développe et laisse entrevoir beaucoup d'espoir... Mais elle aussi a ses limites :

b) Limites de la psychiatrie de secteur :

Cette forme relativement nouvelle de soin (texte de loi du 15 mars 1960) (Cf. Annexe n° I), se heurte à une politique asilaire de la psychiatrie qu'il est difficile de faire disparaître : il est plus aisé de prendre en charge les malades mentaux dans une structure précise, avec des techniques parfois rigides, que d'essayer de les maintenir dans leur milieu. Cela voudrait dire que l'hôpital psychiatrique tel qu'il existe n'a plus sa raison d'être. Son éclatement, avec une juste répartition dans le secteur, l'implantation au niveau des quartiers des structures de soins, permettrait dans une certaine mesure d'éviter la mise "hors circuit", la désinsertion sociale des malades mentaux.

La grande majorité des institutions de suite reproduisent le modèle de l'hôpital psychiatrique : ségrégation, prise en charge plus ou moins massive, immobilisme, le tout dans une politique économique rentable.

Actuellement, il nous semble que cela guette l'Association MESSIDOR : reconnue par les organismes officiels, agréée, subventionnée, il n'y a qu'un pas à franchir pour quelle devienne "chronique".

Il nous semble que l'on obtienne pas de résultat sans prendre de risques. Plutôt que d'exister sans autonomie, ni liberté, il vaut mieux courrir le risque de mourir en accomplissant un travail et en tentant de faire avancer des idées.

Pour cela, l'action doit porter aussi bien sur les patients que sur ceux qui sont appelés à les recevoir de nouveau. Là encore, plutôt que d'attendre

l'irrémédiable, ne faut-il pas rechercher une prophylaxie efficace ?
Tout réside dans l'échelle des valeurs adoptée par la société.

2) RELATIONS MÉDECINS DU TRAVAIL - PSYCHIATRES DES

HÔPITAUX PSYCHIATRIQUES :

Nous en arrivons à évoquer le problème des relations entre le médecin de secteur psychiatrique et le médecin du travail durant la période critique et souvent capitale de la réadaptation (9).

Le médecin du travail rencontre le candidat à un emploi, handicapé mental, dans trois circonstances :

+ La visite d'embauche :

Souvent, la sélection est faite par le responsable d'embauche (certificat de travail, curriculum vitae, etc... premiers barrages à franchir) ; en fait, le nombre d'handicapés mentaux vus par le médecin du travail dans le cadre de cette première visite est très restreint. Dans beaucoup d'entreprises ou dans certains secteurs tels le bâtiment on se soucie peu de l'aspect santé et seule l'efficacité du travailleur est prise en compte. De ce fait, le travailleur handicapé mental est souvent écarté de l'emploi avant de rencontrer le médecin du travail.

Il ne semble donc pas que l'exclusion à l'embauche par le médecin du travail soit de règle lors de cette première étape.

Cependant, il faut reconnaître que lorsque le cas se présente, le médecin est influencé d'une part par des facteurs tenant à l'idée qu'il se fait du malade mental ou de la maladie mentale, d'autre part, par ses expériences lors d'embauches antérieures et des problèmes que cela a pu entraîner avec l'entreprise.

De plus, il doit tenir compte des réactions et du seuil de tolérance du groupe de travail. Il est également lié par la nature et la qualité de ses relations avec la direction de l'entreprise qui l'emploie.

En résumé, devant le malade mental, le médecin du travail, inquiet de la décision à prendre, cherchera des critères de jugement (10).

+ La seconde occasion de rencontre de l'handicapé mental est souvent liée aux manifestations psychiatriques qui peuvent se produire dans la vie du travail : là encore, il est rare que l'intéressé se présente au médecin spontanément ; il est averti par un tiers : chef d'atelier ou de chantier, patron, etc... ou il lui sera amené en consultation. Nous pouvons à ce propos faire deux remarques : le médecin du travail est implicitement soumis à des pressions d'autant plus manifestes que la répétition et la gravité des manifestations apparaissent : il aura à faire un travail d'information visant à dédramatiser, à rassurer et à faire admettre le caractère morbide de ces manifestations. D'autre part, la relation n'est plus, dans ce cas, duelle et le malade pourra vivre les événements comme très persécutoires, accélérant ainsi le processus de rechute.

+ Enfin, et c'est souvent la plus importante, la troisième rencontre : la visite de reprise du travail.

D'un côté, le malade arrive de l'hôpital psychiatrique avec son étiquette psychiatrique, il reste sur la défensive. Cette visite est capitale car elle est souvent le premier stade de la réinsertion sociale, de la stabilisation, voire de la guérison.

Pour le médecin du travail, c'est une situation nouvelle. Il est difficile pour lui de savoir à quoi s'en tenir au juste avec le diagnostic et l'évolution de la maladie : ce problème nous semble relativement facile à résoudre. Il suffit de lui fournir une bonne information.

En pratique, il est difficile de parler le même langage, le médecin du travail demandant un pronostic fonctionnel, sorte de garantie pour prononcer l'aptitude à la reprise du travail. Le psychiatre, lui, ne pourra rien affirmer de définitif et cela pourra être mal interprété.

Lors de notre encore courte expérience, nous n'avons eu à répondre qu'à une seule demande de renseignements de la part d'un médecin du travail... Il faut reconnaître que ces rares échanges se font surtout avec les médecins des grandes entreprises eux-mêmes plus familiarisés avec les malades présentant des troubles mentaux.

Donc, de meilleures relations entre médecins du travail des entreprises et

psychiatres de l'hôpital psychiatrique permettraient d'éviter certains emplois ou certaines reprises trop précoces, d'adapter certains postes ou certains horaires en fonction de l'effet secondaire des psychotropes ou de l'altération de la capacité d'adaptation de l'handicapé mental et aussi de tenir compte de la diminution des capacités relationnelles. Ainsi, le médecin du travail capable d'aborder le malade mental, informé de l'évolution de la maladie, aidé par le thérapeute hospitalier, pourra se porter garant de son malade auprès de l'entreprise ou du milieu de travail. Le psychiatre, mieux informé de la réalité, pourra ainsi contribuer à l'information indirecte du milieu du travail lui permettant d'être plus tolérant vis à vis du malade et réciproquement. Plutôt que d'avoir à faire à une succession de rejets confirmant le malade dans sa solitude et son isolement, cela pourra déterminer un **enchaînement** d'interactions thérapeutiques pour lui, conditionnant une meilleure réinsertion sociale (14).

3) RÉSULTATS DEPUIS 20 MOIS À MESSIDOR :

Quelles notions nouvelles MESSIDOR a-t-elle permis d'appréhender depuis vingt mois.

Que peut-on dire des résultats obtenus ?

Bien sûr, le lecteur qui cherchera un pourcentage important de bonne réinsertion, avec placement stable chez un employeur, sera déçu... En effet, nous avons choisi un temps d'observation, qui à l'expérience, paraît trop court, en regard de la "lourdeur" de la pathologie de chaque patient.

La première originalité de l'expérience est de considérer le "travailleur handicapé mental" comme quelqu'un ayant des difficultés importantes, mais susceptible de retrouver petit à petit des capacités proches de celles qu'il avait avant son hospitalisation. Les chefs d'équipe considérant cet aspect, font preuve de toute la compréhension nécessaire, mais à aucun moment n'interviennent au niveau médical. Voulant à tout prix éviter de reproduire une structure calquée sur celle de

l'hôpital, l'association dès le début, n'a pas voulu prendre l'étiquette de "Centre d'Aide par le travail". Son orientation s'apparente plus à l'esprit d'un atelier protégé de petite taille.

Très rapidement, des difficultés se firent jour :

- le manque de moyens matériels par exemple, mais les premiers patients admis n'ont pas été découragés par l'absence de vêtements de travail, par exemple. Ils n'ont pas été rebutés non plus par la nature des travaux effectués : il s'agissait à l'époque d'aménager le siège social, 6, grande rue de St Clair à Caluire. Le décapage des murs de l'ancien magasin, la mise à jour d'un magnifique plafond "à la française" se sont effectués à l'aide de moyens de fortune.
 - la première grosse difficulté rencontrée par les quatre premiers ouvriers a été l'emploi des transports en commun : isolés dans "l'hôpital village" durant des années, ils ont dû prendre chaque matin deux autobus pour se rendre de l'hôpital à Caluire, ce qui représente plus d'une trentaine de minutes de trajet. Cette difficulté est due à l'éloignement du secteur et à la nécessité d'une hospitalisation de nuit dans un premier temps.
 - les difficultés financières ont été, et sont encore, la plus grande préoccupation de l'Association. La part des charges sociales est très importante. En raison du rythme de travail de chacun, de la nature des chantiers entrepris, très rapidement, il est apparu que l'entreprise n'est pas viable sans subventions. Cela suppose de se plier aux structures administratives déjà existantes.
- Il a été choisi de demander l'agrément comme Atelier Protégé, ce qui laisse la plus grande liberté à l'Association. Ainsi, elle ne dépend pas d'un prix de journée par patient employé, ce qui la rapproche des conditions de fonctionnement d'une entreprise normale.

Durant les 20 mois pendant lesquels MESSIDOR a fonctionné, (dont 18 sans agrément officiel) en tant qu'Atelier Protégé, 25 personnes d'une moyenne d'âge de 32,04 ans ont travaillé pendant 6,3 mois en moyenne.

Les séjours au sein de l'Association vont de un ou deux jours à pratiquement 20 mois pour trois ouvriers : n° 6, 14, 17.

En reconstituant la biographie de chacun, nous considérons trois groupes quant à la durée de l'hospitalisation. Pour cela, nous avons pris le temps total passé à l'hôpital psychiatrique en cumulant les séjours (dates relevées sur le dossier administratif), sauf pour ceux qui ont fait le va et vient avec l'extérieur sans pouvoir y vivre plus d'un mois. Il en va de même pour ceux qui ont été élevés en institution (Institut médico-pédagogique, I.M.P.R.O., etc...).

- Un premier groupe de 13 hospitalisations que nous qualifions de courtes, c'est-à-dire de moins de 1 an. Il se décompose en 4 de moins de trois mois, 3 de moins de six mois et 6 de moins de un an).

- Le second groupe des 5 hospitalisations longues, soit moins de 5 ans (une de 1,5 an, une de 2 ans, et trois de 3 ans).

- Enfin, le troisième groupe constitué de 7 hospitalisations "très longues" : une de 9 ans et 6 de 10 à 20 ans...

Dans la pratique, nous avons observé que le début de la "chronicisation" se situe vers le troisième mois de l'hospitalisation. Ainsi, seuls quatre malades employés par MESSIDOR ne sont pas considérés comme des chroniques d'après ce critère.

L'étude répond donc à l'ambition de la "déhospitalisation" de malades mentaux longtemps hospitalisés.

D'emblée, nous pouvons considérer les résultats de ces quatre hospitalisations courtes :

- n° 5 : électricien de métier, il vient à MESSIDOR pour réapprendre la cadence du travail. En fait, les travaux proposés alors ne correspondant pas à sa spécialisation, il a travaillé d'une façon irrégulière et a repris son métier au bout de huit jours.

- n° 11 : Jeune malade de 19 ans, ayant très peu travaillé auparavant alors qu'il était déjà malade, il a trouvé à MESSIDOR une porte ouverte sur le monde du travail. Il a obtenu de bons résultats par rapport aux objectifs de l'Association : c'est-à-dire le retour à l'hôpital et faire le passage dans ce lieu intermédiaire pour envisager ensuite une Formation Professionnelle Adulte.
- n° 13 : son placement en milieu rural et familial a changé l'orientation de sa vie.
- n° 25 : plutôt que d'un échec, nous parlerons d'une mauvaise indication : il s'agit d'un marginal qui ne peut que difficilement s'adapter aux contraintes, même en milieu protégé.

Pour le reste des ouvriers, nous retenons trois éléments :

Premièrement, mauvaise indication d'un passage à MESSIDOR :

- soit que les impératifs de la clientèle obligent un certain nombre de règles auxquelles les compagnons n'ont pas pu se plier :
 - . n° 2 : moins d'un an d'hospitalisation, 1,5 mois à MESSIDOR
 - . n° 5 : moins de trois mois d'hospitalisation, 8 jours de travail
 - . n° 18 : 10 ans à l'hôpital au total, 15 jours de travail
 - . n° 21 : moins d'un an à l'hôpital, 3 mois de travail
 - . n° 25 : moins de trois mois à l'hôpital, 1,5 mois de travail.
- soit que le travail demandé nécessite un niveau suffisant, aussi bien intellectuel, que manuel que ne possédait pas l'ouvrier.
 - . n° 9 : 2 ans d'hospitalisation, 10 jours de travail
 - . n° 16 : 12 ans d'hospitalisation, 1,5 mois de travail
 - . n° 20 : 1 an d'hospitalisation, 4 mois de travail
 - . n° 22 : moins de 3 mois d'hospitalisation, 1,5 mois de travail.

- soit qu'une qualification antérieure existant toujours, MESSIDOR ne puisse proposer d'autre emploi qu'en peinture ou maçonnerie : n° 21.

Deuxièmement, échec de la réinsertion par MESSIDOR :

- . n° 3 : 12 ans d'hospitalisation, il travaille pendant 1,5 mois. Cet échec est dû à la longue chronicisation marquant un rythme non adapté.
D'autre part, l'aspect déficitaire de sa maladie ne lui permet même pas de se réadapter dans un Centre d'Aide par le Travail où il passe huit jours à l'essai.
- . n° 4 : moins de 6 mois à l'hôpital, il travaille pendant 15 mois.
L'échec se situe au niveau d'un manque de préparation de ses loisirs qu'il passe dans sa famille. Elle apparaît comme pathogène et il fait une rechute quelques temps après.
- . n° 7 : reste pratiquement 17 ans à l'hôpital psychiatrique, il travaille pendant 6 mois. Son passage n'a pas été suffisamment long, alors que nous étions en droit d'espérer de bons résultats.

Troisièmement, les cas positifs au nombre de dix sur vingt cinq cas, peuvent se décomposer comme suit :

- . n° 1 : au total, il passe presque 5 ans à l'hôpital et travaille pendant 18 mois à MESSIDOR. Il obtient un bon résultat par son embauche dans le circuit normal. Par contre, il est mal préparé à une autonomie de vie et une bonne gestion de son argent.
- . n° 6 : 17 ans à l'hôpital sans sortir (sauf de rares "permissions") ; il travaille pendant les 20 mois de l'observation. Le projet fait pour lui ne correspond cependant pas à ses désirs. Mais nous considérons qu'il s'agit d'un bon résultat compte tenu de son double handicap : surdité et longue hospitalisation.
- . n° 8 : 3 ans d'hospitalisation, il travaille pendant 6,5 mois. Bon résultat pour les objectifs de l'Association, mais il n'a pas su gagner suffisamment d'indépendance vis à vis de son compagnon.

- . n° 13 : 3 mois d'hospitalisation, il travaille 6,5 mois avec un placement dans le circuit normal.
- . n° 14 : 6 mois à l'hôpital, il travaille 8 mois. Bon résultat, il est capable de travailler dans le circuit normal.
- . n° 15 : reste 11 ans à l'hôpital, il travaille 7 mois. Il doit prolonger son séjour car, bien adapté à MESSIDOR, il paraît difficile d'envisager déjà un placement dans l'immédiat, son autonomie n'étant pas suffisante.
- . n° 17 : 12 mois à l'hôpital, il travaille 20 mois et peut travailler ensuite dans une entreprise de déménagement.
- . n° 19 : 15 mois à l'hôpital, il travaille 4 mois. Il est sûrement capable de travailler dès maintenant dans un circuit moins protégé.
- . n° 23 : 3 ans d'hospitalisation, il travaille 2 mois et est prêt à retrouver le circuit normal. A MESSIDOR, il a retrouvé une meilleure stabilité.
- . n° 24 : hospitalisé 10 ans ; il travaille 2 mois pendant lesquels il a lui aussi retrouvé une meilleure stabilité.

4) ANALYSE ET DISCUSSION DES PROJETS D'AVENIR :

Nous avons décrit le "groupe de réflexion" d'où devait naître MESSIDOR : tout d'abord, nous remarquons qu'à une exception près, seuls des soignants de l'hôpital psychiatrique ont participé à ces réunions qui se tenaient à l'intérieur de l'institution. Ensuite, il faut bien dire que l'on peut s'interroger sur les motivations de chacun puisqu'à la fin nous constatons de moins en moins de participants.

A l'expérience, et, durant ces 20 mois de fonctionnement, nous pouvons dire que peu de soignants du service d'origine sont sensibilisés par MESSIDOR. L'un des principes fondamentaux de l'Association était d'en faire un mouvement d'évolution du comportement à l'égard de la "DESHOSPITALISATION" du

malade mental. Dans cette optique, le conseil d'administration devait comporter au moins autant de représentants du monde extérieur, du monde du travail, que de représentants de l'institution ou de personnes ayant un lien quelconque avec la psychiatrie. Or, lorsqu'on examine la fonction de chacun, nous ne pouvons que constater un important déséquilibre : quatre membres seulement sont étrangers à l'institution pour neuf ayant eu ou ayant quelques liens avec la psychiatrie.

Ce non respect de la parité, souhaitée à l'origine, n'a fait que renforcer le poids de l'institution psychiatrique. Le seul représentant du monde de l'industrie est le Président. Connaissant l'hôpital pour y avoir effectué un stage d'un an, il est, lui aussi sensibilisé par le "monde psychiatrique" et par la grande place que l'institution donne à la parole. Mais, il a été l'élément dynamisant pour mettre en place une action concrète sur le secteur.

Cette "lutte d'influence" par contre a été bénéfique à l'Association dans la mesure où elle est venue renforcer une de ses originalités fondamentales : la démarcation de MESSIDOR par rapport à l'hôpital psychiatrique. Nous n'y avons pas trouvé cette confusion des lieux, cette inaction souvent dénoncée, cette hyperprotection décrites dans la "Névrose institutionnelle". En somme, MESSIDOR s'est complètement démarqué et a évité de tomber dans le piège du modèle institutionnel.

Comment situer MESSIDOR par rapport aux autres organismes de réinsertion ?

Avant d'être reconnu avec le statut d'atelier protégé, nous ne pouvions parler que de "l'Association" sans qualificatif. En effet, il ne s'agissait pas d'un Centre d'Aide par le Travail reproduisant le modèle institutionnel où le travail, les soins, l'hébergement et pourquoi pas, l'accès à une retraite, sont envisagés.

MESSIDOR se voulait indépendant, au contraire de beaucoup de Centres d'Aide par le Travail, sa vocation est d'être implanté dans le "tissu urbain", au sein de la population, accepté par elle ; seule une réalisation de petite taille peut répondre à ces obligations.

La forme artisanale, qui répond à la demande d'un marché, peut s'identifier à une sorte de "compagnonnage" où tout le monde est concerné.

En effet, à MESSIDOR, nous ne trouvons pas de règlement intérieur par exemple. Il n'y a pas de différence entre les professionnels d'encadrement, salariés de l'Association, et les membres du Conseil d'administration, tous bénévoles (obligation juridique de la loi 1901).

Toutes les réunions du Conseil d'administration sont ouvertes au personnel d'encadrement qui y participe très régulièrement. Le petit nombre permet la discussion des comptes dont tout le monde a connaissance d'une manière détaillée.

Le petit nombre, l'esprit d'entreprise, ont permis à chaque fois de dégager un consensus général, évitant ainsi d'en arriver à un vote du conseil d'administration, auquel les salariés ne pourraient participer. Ce modèle idéal de démocratie rendu possible par la petite taille de l'Association, et par l'accord général, ne souffre pas de crise : de toute manière, un manque évident apparaît : manque d'un conseil de gestion où seraient intégrés les salariés, manque d'un chef d'équipe responsable de la gestion des chantiers et du contrôle du travail. Il faudrait reproduire un modèle artisanal au sens strict, où chaque travailleur est intégré et responsable, mais où l'existence d'un patron garantit le travail.

Une autre constatation nous est apparue dans les observations : à vouloir trop différencier, voir opposer, les lieux de soins et les lieux de travail, nous arrivons à des excès dus au manque de communication : c'est ainsi que dans l'observation n° 6 MUR. Isidore, sourd - muet, a dû somatiser, puis être victime d'un accident du travail, pour que l'on entende son désir d'entrer dans une maison de retraite. De même, dans les observations n° 9, 10, 11, les ouvriers ayant déjà eu des contacts avec le monde du travail par diverses expériences, n'ont pas accepté la réduction de salaire. Ils ont préféré ne pas travailler, ou chercher un autre emploi. Si un minimum de communication ou d'information avait circulé, MOK. Belcace - observation n° 21 - n'aurait peut-être pas été licencié alors qu'il lui manquait à peine une dizaine d'heure de travail pour que ses droits d'assuré social lui soient de nouveau ouverts...

Devenir de MESSIDOR :

Actuellement, en juin 1978, l'Association traverse une grave crise financière due au poids des charges sociales. Son existence même est menacée dans sa forme d'Atelier Protégé. En effet, l'orientation vers cette formule semble avoir été une erreur car les subventions accordées aux Ateliers Protégés ne peuvent être consenties qu'avec un minimum de vingt patients.

Depuis janvier 1978, la garantie de ressources n'a pas été versée, ce qui aggrave le déficit. Il peut être chiffré à 123 Francs par jour et par personne...

D'autre part, il semble que la capacité de rendement des patients ait été surévaluée et que le temps de passage à MESSIDOR doit être assez long, de l'ordre d'une année.

Pour sauvegarder l'équilibre financier, l'orientation actuelle serait la transformation de l'Association en Centre d'Aide par le Travail de petite taille, ce qui :

- garantirait un prix de journée par patient,
- garantirait 70 % à 110 % du S.M.I.C. pour les travailleurs,
- permettrait d'embaucher 20 % de travailleurs non handicapés pour encadrer les autres,
- de détacher un moniteur de Formation Professionnelle pour Adultes dans une équipe de préparation de suite.

Par contre, des inconvénients risquent de modifier l'esprit de l'Association :

- obligation d'augmenter le nombre de travailleurs et d'occuper les places disponibles afin d'obtenir le prix de journée maximum,
- d'autre part, la sélection des candidats se fait au niveau de la C.O.T.O.R.E.P. (Commission Technique d'Orientation et de Reclassement professionnel), ce qui ne permet plus le choix des indications d'entrée à MESSIDOR.

Nous rappelons à cet effet que les Centres d'Aide par le Travail sont créés avant tout pour les débiles et arriérés.

Projets d'avenir :

+ MESSIDOR Les Baronniees :

Conformément aux résultats de l'atelier de réflexion, ainsi que des articles 2 et 3 des statuts de l'Association MESSIDOR - Lyon créée le 6 juin 1975, il a été créé une seconde association, MESSIDOR les Baronniees, se proposant d'implanter un centre agricole d'aide par le travail. Le choix de cette implantation s'est porté sur la région des Baronniees et dans le canton de SEDERON dans la Drôme où l'élevage et l'agriculture connaissent un net déclin. Le centre permettrait de ce point de vue de contribuer au ralentissement de la décroissance de la population et de la désaffectation de la culture des terres. Le projet a été étudié avec l'accord et la participation des autorités locales et une partie de la population.

Les caractéristiques principales de ce projet sont :

- La mise en place dans un délai de trois ans, d'un ensemble de cinq fermes occupant au total 36 handicapés des deux sexes.

- Ce centre de transition aura pour but la réacquisition par les malades mentaux de l'autonomie de vie et ce, dans un environnement agricole : les activités proposées seront variées et économiquement utiles, ne négligeant pas le sens des responsabilités de chacun des travailleurs ; le salaire sera établi en fonction de l'activité individuelle, additionné d'une prime annuelle calculée d'après les résultats de l'exploitation. La prise en charge des activités domestiques, les relations inter-personnelles avec la prise en commun de décisions concernant la marche de l'exploitation pourront permettre de meilleures relations avec la population locale.

- Le mode de gestion et d'activité économique permettront de réduire les subventions publiques, augmentant ainsi les motivations et le sens des responsabilités de chacun, même handicapés, dans la conduite d'une exploitation rurale.

- D'autre part, le centre devra respecter les équilibres sociologiques, culturels et économiques de la région d'implantation.

Ce principe entraînant inévitablement :

- de limiter à 10 % la proportion d'handicapés par rapport à la population locale,
- de s'entourer des conseils techniques des agriculteurs locaux,
- de ne pas concurrencer d'une manière dissuasive les initiatives locales ou les exploitations existantes, en introduisant comme chef d'équipe des agriculteurs de la région.

- La fonction expérimentale de l'entreprise permettra de vérifier un certain nombre d'hypothèses :

- introduction dans la vie du malade mental du rythme du travail rural et de sa variété ; nous ne pouvons nous empêcher d'évoquer les "fermes" des hôpitaux psychiatriques, disparues depuis quelques années, la ville cernant petit à petit les murs de l'asile.

D'autre part, avec l'arrivée des neuroleptiques à l'hôpital psychiatrique, de moins en moins de malades étaient susceptibles de travailler dans ces exploitations.

- il sera d'autre part intéressant de recueillir les observations de ces groupes autonomes que constitueront les fermes. Elles permettront d'apprécier dans quelle mesure le fait de confier des responsabilités à des malades mentaux peut favoriser leur réinsertion sociale.

Le but de ce centre est celui d'un lieu de transition, intermédiaire entre l'institution psychiatrique et le monde du travail.

Ainsi, le centre des Baronniees serait complémentaire des hôpitaux psychiatriques et pourrait également trouver son articulation avec le travail de secteur.

Notons l'existence d'un autre projet : "Centre d'Aide par le travail de "TRICASTIN" : il sera implanté à Chamaret et géré par une association distincte : MESSIDOR - TRICASTIN. Installé dans un petit domaine, propriété de la commune, ce Centre d'Aide par le Travail de 24 places fonctionnerait comme autre lieu de transition pour des malades mentaux des deux sexes. Axé sur la culture des terres maraîchères, le

petit élevage et les travaux d'intérêt communal ainsi que l'entretien de résidences secondaires, ce centre aurait pour but de placer temporairement ou définitivement ces travailleurs handicapés, chez les exploitants agricoles de la région. L'hébergement serait assuré, pour partie dans le centre, puis dans des maisons indépendantes situées dans le village de Chamaret ou dans les communes environnantes.

Avec MESSIDOR - Caluire et les projets d'extension de MESSIDOR les Baronnies, de MESSIDOR TRICASTIN, les objectifs de départ sont respectés : création d'une étape intermédiaire de transition avec l'hôpital psychiatrique et le monde du travail qu'il soit urbain ou rural.

5) CONCLUSIONS DU TROISIÈME CHAPITRE :

"Toute la science hasardeuse des hommes n'est jamais supérieure à la connaissance immédiate que je puis avoir de mon être". ARTAUD Antonin, Oeuvres complètes NRF tome I, 1970.

Nous avons essayé de dégager les concepts de l'évolution des soins dans l'hôpital psychiatrique, soins tendant tous vers un seul but : la réinsertion sociale et professionnelle du malade mental, en particulier de celui qui fait de longs séjours hospitaliers.

Tous les moyens de réinsertion socio-professionnelle existants en France depuis 1945 s'organisent dans l'institution psychiatrique ou en reproduisent son modèle, entretenant ainsi une confusion de lieux.

C'est à partir de l'expérience originale de l'Association MESSIDOR et de l'analyse des observations des 25 personnes qui y ont travaillé de mai 1976 à décembre 1977, que nous avons pu dégager l'influence de l'hospitalisation sur la réinsertion ; la passivité des patients, l'hyperprotection de la structure hospitalière, semblent être les principales causes des échecs antérieurs dans les tentatives de réinsertion.

Nous avons bénéficié pour cette étude d'un courant d'idées et d'un ensemble de circonstances favorables à la mise sur pied d'une telle réalisation :

1) Dans le prolongement des concepts de l'évolution des soins dans l'institution, la sectorisation se met lentement en place à partir de 1960. La grande effervescence, mêlée d'illusions, de mai 1968, a permis de faire un grand pas vers l'ouverture de l'hôpital psychiatrique sur l'extérieur.

2) C'est dans cet esprit qu'a eu lieu avec l'arrivée du Docteur J.R. PERRIN, le remaniement d'un service hospitalier traditionnel où nous avons fait nos premiers pas en psychiatrie (service Charnay, Caluire⁺).

3) D'autre part, la venue à Lyon de Monsieur VERRY et sa volonté de concrétiser les idées élaborées au sein d'un groupe de réflexion auquel nous avons participé, a permis d'éviter de reproduire une "névrose institutionnelle".

L'étude clinique permet de classer les observations en trois catégories :

a) Dans les 13 cas (n° 1, 6, 7, 8, 11, 12, 13, 14, 15, 17, 19, 23, 24), il y a un bon résultat clinique qui introduit un changement positif dans la vie de ces malades.

b) Pour 6 cas (n° 2, 5, 9, 10, 20, 22), il s'agit d'une mauvaise indication d'orientation.

c) Quant aux 6 derniers cas, nous pouvons parler d'échec dans la mesure où leur passage à MESSIDOR n'a rien apporté (n° 3, 4, 7, 16, 21, 25).

Par contre, le bilan financier négatif menace l'existence même de l'Association :

- l'esprit de l'entreprise et la volonté d'être confronté à la réalité du monde du travail, ont fait refuser dès le début l'assurance de garantie financière. L'Association, pendant cette période, fonctionnait d'une façon libre et autonome, sur un mode artisanal.

⁺ Hôpital psychiatrique du VINATIER 95, Bd Pinel - BRON.

- Puis, après l'agrément comme Atelier Protégé, les subventions du Ministère du travail se font attendre, renforçant le déficit et confirmant un bilan financier négatif. Actuellement⁺, la garantie de ressource n'a pas été remboursée depuis le 1er janvier 1978 comme le prévoyait la loi d'orientation.
- D'autre part, le rendement du travail des ouvriers handicapés a été surestimé dès le début.

Le temps, la place, pris par l'apprentissage de travailleurs non préparés, étaient contraire aux orientations de départ. La forme juridique choisie à la création de MESSIDOR - Caluire est incompatible avec les exigences financières d'un Atelier Protégé. Nous rappelons à cet égard que les Ateliers Protégés ont été, pour la plupart, créés afin de recevoir des handicapés physiques (Cf. Annexe n° III). De ce fait, il n'existe pas de formule spécialement adaptée au handicap mental de longue évolution.

La réalité économique n'est pas envisageable dans le cadre d'un atelier protégé, c'est dire que la forme juridique choisie à la création de MESSIDOR est incompatible avec son fonctionnement durant ces 20 mois.

Par conséquent, l'orientation doit se faire vers la création d'un Centre d'Aide par le Travail de petite taille (15 - 20 personnes) assurant un prix de journée. Cela rendrait positif l'ensemble de l'expérience et assurerait son existence.

D'autre part, il faudrait pouvoir s'assurer du choix des candidats au niveau de la C.O.T.O.R.E.P.⁺⁺ en fonction de leur capacité de travail. Ceci permettrait d'éliminer les mauvaises indications et d'éviter de laisser une trop grande place à l'apprentissage.

⁺ juin 1978

⁺⁺ Commission Technique d'Orientatation et de Reclassement Professionnel.

Les limites et les projets d'avenir que l'on est en droit d'attendre d'une telle expérience originale nous ont permis d'ébaucher des structures permettant la réinsertion sociale en dehors de l'hôpital psychiatrique :

L'observation détaillée pendant 20 mois de l'expérience tentée avec l'Association MESSIDOR permet de dégager clairement quels peuvent être les objectifs théoriques et pratiques de ce moyen de réinsertion aux yeux d'un psychiatre hospitalier.

En effet, les services publics ont à prendre en charge des cas difficiles par leur pathologie propre ainsi que par le contexte socio-familial.

Rejetés par leur famille, leur groupe social et leur milieu de travail, ils présentent souvent une pathologie "lourde" nécessitant des soins importants et prolongés. Mais la "lourdeur", elle-même, des structures des établissements publics, la passivité entraînée par les traitements chimiques, l'hyperprotection de la prise en charge, créent une pathologie surajoutée : la "névrose institutionnelle" décrite par BARTON. Cette situation produit des malades à longue évolution que l'on qualifie de "chroniques".

Trop souvent hélas, comme nous l'avons vu, les hôpitaux psychiatriques n'offrent que des structures pathogènes. Le milieu recevant le malade, peut être lui-même pathogène et précipiter la rechute, donc la réhospitalisation. Pour éviter ce genre d'écueil, l'hôpital doit s'ouvrir sur l'extérieur ; les dispositions de la sectorisation lui en donnent les moyens (Annexe I).

Pour toutes ces raisons, nous pouvons dire que la réinsertion doit se préparer au sein de l'institution. Mais elle doit s'accomplir et se mettre en place en milieu ouvert, dans un ensemble de conditions les plus proches possibles de la réalité qu'est le monde du travail.

Le petit nombre d'handicapés dans de telles réalisations est le garant de la bonne conduite d'une réinsertion socio-professionnelle en liaison étroite avec la structure soignante. L'orientation vers la

création de Centres d'Aide par le Travail de capacité réduite, implantés dans les quartiers, doit d'une part assurer un rendement économique et conserver le caractère artisanal du travail.

D'autre part, cette entreprise doit se faire d'une manière non démarquée, avec la famille si elle existe, et dans le milieu naturel dont est issu le sujet : tissu urbain, quartier, région rurale, etc... dans la mesure où il n'est pas pathogène.

La phase finale, le but de notre métier, sont de préparer le malade hospitalisé à cette réinsertion sociale et professionnelle. Pour cela, il faut s'attacher à obtenir une stabilisation clinique grâce à une chimiothérapie bien conduite et minimale pour essayer de respecter son confort de vie et ne pas réduire son autonomie. Il faut lui permettre de s'échapper de son monde pathologique en lui ouvrant un lieu de parole dans le cadre d'une relation psychothérapeutique indépendante de son lieu de vie.

Il nous semble qu'un prix de journée accordé pour le placement direct chez un artisan, de un ou deux handicapés mentaux, autres que des débilés, permettrait d'avoir de meilleurs résultats cliniques et financiers. Pour cela, il faudrait, avec l'aide des pouvoirs publics, créer dans chaque secteur psychiatrique, un réseau de professionnels volontaires pour accueillir ces handicapés, le temps de leur réinsertion. Cela permettrait de ne plus démarquer cette catégorie socio-médicale. En outre, les exigences, tant financières que techniques apparues dans cette étude, n'entraveraient pas les réalisations concrètes.

Finalement, notre ambition a été d'aborder la réinsertion sociale et professionnelle des malades mentaux par l'étude d'une expérience concrète, limitée, en appréciant sa valeur, son efficacité et ses manques.

L'intérêt d'une telle étude expérimentale est l'ouverture vers la création d'autres microréalisations dans le domaine de la réinsertion des handicapés mentaux à longue évolution.

CONCLUSIONS GENERALES

Dans notre pratique hospitalière, nous sommes confrontés presque quotidiennement aux difficultés rencontrées, lors de la sortie de l'hôpital psychiatrique, par certains malades mentaux.

Le handicap mental grave est global ; il atteint l'être dans tout ce qui permet l'adaptation avec, de surcroît, une diminution des capacités relationnelles.

En effet, les services publics ont à prendre en charge des cas difficiles par leur pathologie propre ainsi que par le contexte socio-familial. Quant à l'opinion publique, elle demeure mal informée et mal préparée à recevoir ceux qu'elle a rejetés comme déviants.

L'institution asilaire a des fondements médicaux et sociologiques solides : l'aide thérapeutique y est concentrée et elle rassure par sa démarcation. Il nous semble cependant que son fonctionnement puisse être remis en cause de l'intérieur. A partir d'elle, il est en effet nécessaire de préparer la réinsertion socio-professionnelle qui doit se mettre en place en milieu ouvert, dans un ensemble de conditions les plus proches de la réalité qu'est le monde du travail. Nous devons développer des microréalisations, pour être le lieu d'une étude expérimentale. D'un point de vue méthodologique, nous avons utilisé l'expérience originale de l'Association MESSIDOR à Caluire et l'analyse des observations des 25 personnes qui y ont travaillé de mai 1976 à décembre 1977.

Les résultats cliniques, sur un temps d'observation assez court en regard de la pathologie présentée par les patients à la sortie de l'hôpital sont, somme toute, encourageants. En effet, dans plus de la moitié des cas, nous avons constaté un changement positif dans la vie de ces patients.

Par contre, le bilan financier négatif menace l'existence même de l'Association. Elle a fonctionné pendant une première période d'une façon libre et autonome sur un mode artisanal, sans l'assurance de garantie financière. Puis, après l'agrément comme Atelier Protégé, les subventions du Ministère du travail se font attendre, renforçant le déficit et confirmant un bilan financier négatif. D'autre part, le rendement du travail des ouvriers

handicapés a été surestimé dès le début.

Que dire de cette contradiction entre un bilan financier négatif et une réussite clinique (si l'on excepte les mauvaises indications) ? La réalité économique n'est pas envisageable dans le cadre d'un Atelier Protégé ; c'est dire que la forme juridique choisie à la création de MESSIDOR, est incompatible avec son fonctionnement durant ces 20 mois. Par conséquent, l'orientation doit se faire vers la création d'un Centre d'Aide par le Travail de petite taille (10 - 15 personnes) assurant un prix de journée. Cela rendrait positif l'ensemble de l'expérience et assurerait son existence.

Deux positions diamétralement opposées peuvent être dégagées :

- protection isolant le malade de la société par une assistance, une prise en charge totale au sein de structures démarquées. Ces structures reproduisent alors le modèle asilaire accueillant une population incapable de vivre de manière autonome à l'extérieur, mais dont la pathologie ne nécessite pas un placement au long cours dans l'institution hospitalière.
- réinsertion partielle ou totale, à partir d'une demande d'un milieu accueillant qui pourra permettre une meilleure intégration de l'handicapé. Il trouvera ainsi sa place et son utilité : il ne sera plus celui que l'on écarte et dont on se préserve.

Le petit nombre d'handicapés dans de telles réalisations est le garant de la bonne conduite d'une réinsertion socio-professionnelle en liaison étroite avec la structure soignante, qu'elle soit infirmière de secteur ou médico-psychologique dans les consultations de dispensaire d'hygiène mentale.

D'autre part, cette entreprise doit se faire d'une manière non démarquée, avec l'accord de la famille, si elle existe, et dans le milieu naturel dont est issu le sujet : tissu urbain, quartier, région rurale, etc...

Il nous semble de surcroît qu'une action essentielle est à mener auprès des pouvoirs publics, pour obtenir un prix de journée pour le placement de quelques travailleurs handicapés mentaux directement chez des artisans.

Il faudrait pour cela établir un réseau de professionnels préparés à recevoir dans de telles conditions les handicapés pour le temps de leur réinsertion. Cela permettrait de répondre d'une manière plus adaptée aux exigences apparues dans cette étude.

Le Président de la Thèse

Vu, le Doyen de la Faculté
de Médecine Alexis Carrel

Vu et Permis d'imprimer
LYON, le 24 juillet 1978
Le Président de l'Université
Pour le Président,
Un Membre du Comité de Coordination
des Etudes Médicales,

ANNEXES

A N N E X E 1

RÉFÉRENCES DES TEXTES OFFICIELS (DÉCRETS, ARRÊTÉS, CIRCULAIRES)

RELATIFS À LA SECTORISATION

- Circulaire du 15 mars 1960 : relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales, B.S. 1960, 12 bis, 3020.
- Circulaire du 28 mai 1963, chapitre VII, relative à la préparation du 5ème plan, B.S. 1963, 21 bis, 63.
- Circulaire du 17 juillet 1963.
- Circulaire du 27 août 1963 concernant les mesures à prendre pour les arriérés profonds et les déments séniles, B.S. 1963, 36, 7099.
- Circulaire n° 8 du 16 janvier 1969 relative au traitement des malades mentaux, B.S. 1969, 5, 13220.
- Circulaire n° 12 du 24 janvier 1969 relative à la bisexualisation B.S. 1969, 6, 340 bis.
- Circulaire n° 99 du 4 septembre 1970, B.S. 1970, 40.
- Circulaire n° 148 du 18 janvier 1971 relative à la lutte contre les maladies mentales et élaboration de la carte sanitaire en matière de psychiatrie.
- Circulaire n° 1575 du 24 septembre 1971.
- Circulaire D.G.S./431/MS 1 du 14 mars 1972.
- Arrêté du 14 mars 1972 relatif au règlement départemental de lutte contre les maladies mentales, J.O. du 21 avril 1972.
- Circulaire du 15 mars 1972 n° 853 concernant l'application de cet arrêté, J.O. du 21 avril 1972.
- Circulaire D.G.S./443/MS 1 du 16 mars 1972 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies et déficiences mentales des enfants et adolescents J.O. du 21 avril 1972).

- Circulaire D.G.S./2030/MS 1 du 12 décembre 1972
- Circulaire D.G.S./1262/MS 1 du 6 juillet 1973
- Circulaire D.G.S./78/MS 1 du 15 janvier 1974
- Note d'information (Santé) n° 77
- Circulaire D.G.S./891/MS 1 du 9 mai 1974, relative à la mise en place de la sectorisation psychiatrique, B.S. 30 de 1974, 7152
- Circulaire D.G.S./892/MS 1 du 9 mai 1974, relative à la mise en place de la sectorisation psychiatrique infanto-juvénile, B.S. 30 de 1974, 7153.
- Circulaire D.G.S./1318/MS 1 du 29 avril 1975, relative à la mise en place de la sectorisation psychiatrique.

A N N E X E II

TEXTES RELATIFS À LA GARANTIE DE RESSOURCES

- Circulaire du 13 février 1978 relative aux conditions d'attribution de la garantie de ressources et des bonifications des travailleurs handicapés :

Références

- . Loi n° 75-534 du 30 juin 1975 notamment ses articles 32 à 34
- . Décret n° 77-1465 du 28 décembre 1977 fixant les modalités d'application des dispositions de cette loi relatives à la garantie de ressources et des bonifications lorsque le rendement professionnel dépasse les minima fixés par les Ateliers Protégés, les Centres de Distribution de Travail à Domicile et les Centres d'Aide par le Travail.
- . Décret n° 77-1545 du 31 décembre 1977 relatif à la date d'entrée en vigueur de certaines dispositions de la loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées.
- Décret n° 77-1548 du 31 décembre 1977 relatif au minimum de ressources qui doit être laissé à la disposition des personnes handicapées accueillies dans des établissements, J.O. du 12 janvier 1978, p. 335.
- Décret n° 77-1549 du 31 décembre 1977 portant application des dispositions de la loi n° 75-534 du 30 juin 1975 en tant qu'elle concerne l'allocation compensatrice prévue à son article 39 et l'abrogation d'une disposition du décret modifié n° 54-883 du 2 septembre 1954 portant règlement d'administration publique, J.O. du 12 janvier 1978 p. 336-337.
- Décret du 28 décembre 1977 relatif à la garantie des ressources.
- Décret n° 78-104 du 25 janvier 1978 concernant la création dans chaque département d'une ou plusieurs équipes de préparation et de suite du reclassement professionnel des personnes handicapées.
- Décret n° 78-325 du 15 mars 1978 modifiant le décret du 16 décembre 1975 et du 31 décembre 1977

- Décret n° 78-392 du 17 mars 1978 relatif à l'application de la Commission Technique de Reclassement et d'Orientation professionnelle.
- Circulaire du 13 février 1978 concernant la garantie de ressources.
- Circulaire n° DE 33-78 du 28 avril 1978 qui concerne la garantie de ressources des travailleurs handicapés.

A N N E X E III

RELATIVE AU FONCTIONNEMENT DES ATELIERS PROTÉGÉS ET DES CENTRES DE DISTRIBUTION DE TRAVAIL A DOMICILE

- Décret n° 78-75 du 17 janvier 1978 pris pour l'application des articles L 323-30 à 32 du Code du Travail relatifs aux ateliers protégés et aux centres de distribution de travail à domicile, J.O. du 25 janvier 1978 p. 494 à 496.
- Décret n° 78-76 du 17 janvier 1978 fixant la capacité de travail minimum exigible pour l'admission dans les hôpitaux psychiatriques et le salaire minimum à verser aux travailleurs handicapés qui y sont employés, J.O. du 25 janvier 1978, p. 496.
- Décret n° 78-77 du 17 janvier 1978 relatif au remplacement de l'obligation de priorité d'emploi des travailleurs handicapés par la fourniture de travaux aux Ateliers Protégés, Centres de Distribution de Travail à Domicile et Centres d'Aide par le Travail.
- Décret n° 78-406 du 15 mars 1978 concernant certaines règles et aménagements apportés pour l'apprentissage.
- Arrêté du 15 mars 1978 relatif à la prime attribuée aux employeurs formant des apprentis handicapés.
- Arrêté du 2 mars 1978 concernant l'établissement des conditions techniques de fonctionnement des ateliers protégés et de centres de distribution du travail à domicile.
- Circulaire du 22 mars 1978 donnant la définition des ateliers protégés.

ARRÊTÉ DU 2 MARS 1978

MINISTÈRE DU TRAVAIL

Article 1er - Les conditions techniques du fonctionnement des ateliers protégés et des centres de distribution de travail à domicile sont déterminés comme suit :

I - Dispositions communes aux Ateliers Protégés et aux Centres de distribution de travail à domicile.

I-1 L'agrément ministériel prévu par l'article L 323-31 du Code du Travail n'est pas transmissible à aucune personne physique ou morale.

I-2 Le maintien de l'agrément peut être subordonné à la conclusion d'une convention conformément aux dispositions de l'article R 323-63 du Code du Travail.

I-3 Les Ateliers Protégés et les Centres de distribution de travail à domicile doivent établir, dans les conditions prévues aux articles L 122-33 et suivants du Code du Travail, un règlement intérieur destiné à assurer la bonne exécution des travaux et la discipline à l'intérieur de l'établissement.

I-4 Sans préjudice des contrôles que l'Etat peut exercer en vertu de la réglementation en vigueur applicable aux organismes et entreprises recevant des subventions sur fonds publics, les services du Ministère du Travail pourront faire effectuer des inspections administratives, financières et techniques et auront accès dans les locaux des Ateliers Protégés et des Centres de distribution de travail à domicile. Ils pourront se faire présenter tous les documents relatifs à la gestion et notamment, les livres et registres dont la tenue est prescrite aux employeurs par les lois et règlements en vigueur.

I-5 Les salariés valides, embauchés en application de l'article R 323-60 dernier alinéa du Code du Travail perçoivent un salaire établi selon les dispositions réglementaires ou conventionnelles prévues par le livre I, titre IV du Code du Travail.

II - Dispositions particulières aux Ateliers Protégés

II-1 L'atelier protégé doit disposer de ses propres locaux. Si plusieurs activités sont organisées dans un même ensemble immobilier, l'Atelier Protégé doit pouvoir être distingué des autres activités.

II-2 Les Ateliers Protégés doivent répondre aux normes de construction exigées des bâtiments à usage industriel et notamment aux règles prescrites par le livre II, titre II du Code du Travail. En outre, ils doivent être dotés de tous aménagements nécessaires à l'emploi des travailleurs handicapés et à leur accès aux postes de travail.

III - Dispositions particulières aux Centres de Distribution de travail à domicile

III-1 Les centres de distribution de travail à domicile visés à l'article L 323-30 du Code du Travail doivent être organisés conformément aux dispositions du livre III, titre II, chapitre I, du Code du Travail.

III-2 Dans la mesure du possible, la remise des matières premières ou des objets et la réception des marchandises sont effectuées, une fois au moins par quatorzaine par les soins du Centre distributeur au domicile du travailleur handicapé.

IV - Dispositions applicables aux entreprises

IV-1 Les employeurs peuvent satisfaire à l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés prévue à l'article L 323-19 du Code du Travail, en créant au sein de leur entreprise un Atelier Protégé ou un Centre de distribution de travail à domicile.

IV-2 Nonobstant les dispositions de l'article II-1 ci-dessus le local de l'Atelier Protégé peut être commun à l'Atelier Spécial de rééducation et de réentraînement au travail prévu à l'article R 323-40 du Code du Travail.

IV-3 L'Atelier Protégé ou le Centre de distribution de travail à domicile organisé dans les conditions prévues aux alinéas précédents ne pourront bénéficier de subventions que dans la mesure où l'entreprise satisfait aux dispositions du livre III, titre II, chapitre III du Code du Travail.

IV-4 Les subventions prévues par l'article L 323-31 du Code du Travail ne peuvent avoir pour objet le maintien ou la garantie des avantages contractuels acquis par les travailleurs au sein de l'entreprise.

V - Dispositions particulières aux organismes ou associations sans but lucratif

V-1 Les Ateliers Protégés et les Centres de distribution de travail à domicile organisés par des organismes, associations ou institutions sans but lucratif pourront bénéficier de la priorité accordée en matière de marchés publics dans les conditions prévues par la loi 72-616 du 5 juillet 1972.

V-2 Les salariés des Ateliers Protégés ou des Centres de distribution de travail à domicile gérés par des associations sans but lucratif ne peuvent se voir exiger de celles-ci une contribution financière au titre du fonctionnement ou des activités de l'association.

Article 2 - Le Délégué à l'Emploi est chargé de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au Journal Officiel de la République Française.

LES ATELIERS PROTÉGÉS ET LES CENTRES DE DISTRIBUTION DE TRAVAIL A DOMICILE

1° - Les ateliers protégés et les centres de distribution de travail à domicile qui leur sont assimilés se sont développés dans des conditions favorables à des expériences très diverses. La loi du 30 juin 1975 a tracé le cadre dans lequel doivent maintenant se situer ces établissements. Les handicapés sont salariés de l'organisme gestionnaire. Ils exercent leur profession dans des conditions adaptées à leur capacité professionnelle : aménagement de poste, rythme de travail, capacité productive, horaires.

Les centres de formation professionnelle peuvent relever soit de l'Association pour la Formation Professionnelle des adultes, soit de centres privés conventionnés. L'A.F.P.A. est depuis longtemps intervenue en faveur des inadaptés sociaux par la création de centre de préformation, destinés en particulier aux jeunes qui abordent le monde du travail avec un bagage scolaire insuffisant, et des déficiences psychologiques légères. Le colloque prévu pour la mi-février devait sinon apporter des réponses, au moins permettre la formulation des problèmes relatifs à l'insertion sociale des jeunes marginaux.

Contrôle et subvention :

Les ateliers protégés et les centres de distribution de travail à domicile sont liés par un double système de contrôle. Il s'agit d'une part de l'agrément ; véritable autorisation de fonctionner, l'agrément est accordé par arrêté du Ministre du Travail après avis de la section permanente du Conseil Supérieur pour le reclassement professionnel et social des travailleurs handicapés. Celui-ci se prononce au vu des renseignements recueillis par l'administration centrale.

Le fonctionnement de l'institution montre que l'avis n'est pas de pure forme.

Cette procédure ne peut s'appliquer aux inadaptés sociaux.
Les difficultés de mise en oeuvre appellent des textes d'application.

Durée de séjour :

Les ateliers protégés ou les C.D.T.D. sont considérés comme des entreprises. L'embauche d'un salarié est un contrat soumis aux règles générales prévues par le Code du travail ou les conventions collectives.

Le séjour dans ces établissements doit être d'une durée comparable au séjour d'un ouvrier ou d'un employé dans une entreprise du secteur ordinaire de production : actuellement 5 à 10 ans.

Il est constamment demandé aux établissements de se dégager des tâches de formation professionnelle qui doivent normalement être reçues dans des établissements spécialisés. On constate que, lorsque le séjour est bref, le déficit d'exploitation s'alourdit considérablement et n'entre plus dans les normes retenues pour les ateliers protégés.

Toutefois, il est indiqué, dans le décret (en cours) que l'atelier doit participer à la réinsertion dans le milieu ordinaire de production ceci afin qu'ils ne deviennent pas des établissements d'accueil définitif.

Rémunération :

En atelier protégé ou en centre d'aide par le travail, la rémunération est conforme aux dispositions légales et réglementaires faites aux autres salariés. Les conventions collectives sont donc applicables.

Toutefois, pour les salariés dont le rendement est inférieur au rendement normal observé dans le milieu ordinaire de productions, le salaire est proportionnel au rendement et à la qualification.

Il peut ainsi être inférieur au S.M.I.C. (jusqu'à un plancher du 1/3 du S.M.I.C.).

Les travailleurs relevant de la loi de 1975 (handicapés mentaux, sensoriels ou physiques) perçoivent en outre une garantie de ressources amenant leurs rémunérations à 90. % du S.M.I.C. Une bonification supplémentaire rémunère les efforts de productions.

Il convient de signaler que cette disposition ne s'applique pas aux inadaptés sociaux dont le cas devra être prochainement résolu.

Statut financier des établissements :

L'agrément donne aux A.P. et C.D.T.D. une quasi personnalité juridique. Les organismes gestionnaires perçoivent des subventions d'investissement ou de fonctionnement qui doivent leur être affectées.

Ils doivent donc avoir une comptabilité propre, avec bilan, compte d'exploitation et de profits et pertes ainsi qu'un tableau d'amortissements.

La subvention est annuelle, elle est calculée en fonction d'un déficit global prévisible. Elle n'a pas à être affectée à un poste de dépenses particulier. La direction de l'atelier peut présenter son budget sous la forme qu'elle souhaite, en ce qui concerne l'affectation des profits. Toutefois, les salaires (rendement) doivent être supérieurs au 1/3 du S.M.I.C., et inférieure, charges sociales comprises au montant des produits.

La subvention doit être inférieure au montant des salaires bruts effectivement perçus.

Les indications doivent porter sur les éléments de l'équilibre économique et comptable de l'établissement, la politique d'embauche et de salaire, l'insertion des productions dans le circuit économique concurrentiel.

Les établissements doivent communiquer chaque année un rapport d'activité.

Les A.P. et les C.D.T.D. peuvent recevoir des subventions de l'Etat des départements et des communes au terme de conventions qu'ils auront souscrites.

Jusqu'à présent, la convention passée avec l'Etat était une convention d'adhésion. Dès 1978, une nouvelle convention est mise en place.

Les obligations réciproques en matière d'embauche, de salaires, de statut du personnel et de subvention doivent résulter d'un dialogue entre l'Etat et l'Atelier Protégé.

Le rapport annuel susvisé vaut justificatif d'emploi de la subvention.

La technique de l'A.P. peut donc être considérée comme un moyen d'intervention financière de l'Etat en faveur de l'emploi de certaines catégories de demandeurs.

A cet égard, elle permet d'intervenir en faveur des inadaptés sociaux.

Les handicapés physiques, mentaux ou sensoriels visés par la loi du 30 juin 1975 sont admis en A.P. sur décision motivée de la C.O.T.O.R.E.P.

Cette décision ne s'impose qu'à l'égard de la procédure du placement, l'atelier restant, en tant qu'employeur, libre de pratiquer l'embauche.

CIRCULAIRE N° 25/78 DU 22 MARS 1978

MINISTÈRE DU TRAVAIL

OBJET : Fonctionnement des Ateliers Protégés et des Centres de distribution de travail à domicile (1).

A - Définition

L'Atelier Protégé est une entreprise qui offre aux travailleurs handicapés les conditions particulières d'emploi qui sont nécessaires à l'exercice de leur profession, et dont la production s'intègre dans l'économie normale de marché.

L'Atelier Protégé peut avoir soit une production propre, soit une activité de sous-traitance. Il peut, également, fonctionner dans le cadre d'une entreprise.

Le travailleur handicapé, embauché par l'atelier protégé est considéré comme un salarié à part entière pour l'application des dispositions législatives, réglementaires et contractuelles en vigueur (art. L 323-32 du Code du Travail).

B - Création d'un Atelier Protégé

Toute personne morale est habilitée à créer un Atelier Protégé. Pour les personnes physiques, il convient, au préalable, de créer soit une fondation, soit une entreprise commerciale.

Le Ministre du Travail agréé par arrêté les Ateliers Protégés après avis de la Section Permanente du Conseil Supérieur pour le Reclassement professionnel et social des travailleurs handicapés.

(1) qui leur sont assimilés.

Aucun établissement ne peut prétendre à l'appellation Atelier Protégé s'il ne bénéficie de cet agrément.

La demande d'agrément doit être présentée au Directeur départemental du Travail et de l'Emploi, accompagné d'une notice explicative du projet comprenant :

- l'identité du demandeur
- le secteur d'activité économique
- la capacité d'accueil

et si possible, un état descriptif des locaux. Enfin, si le projet est suffisamment avancé, un budget prévisionnel pour l'exercice à venir.

Ce dossier sera complété par le rapport technique du Directeur départemental du Travail et de l'Emploi, et, par le rapport du Préfet prévu par la circulaire n° 18 du 4 avril 1974. Cependant, cette dernière pièce ne sera pas exigée dans le cas d'une association gestionnaire d'un autre Atelier Protégé en fonctionnement, précédemment agréé.

Afin d'offrir une garantie financière de bonne marche de l'Atelier, l'association qui crée un Atelier Protégé doit disposer de fonds propres et d'un nombre suffisant d'adhérents actifs. Les revenus du patrimoine de l'association et les cotisations de ses membres doivent être au moins égaux aux charges fixes encourues pour le fonctionnement normal de l'Atelier sur la base d'un exercice annuel. Dans les autres cas, la forme commerciale doit être adoptée.

Les collectivités locales ou les organismes publics peuvent créer, sous réserve de leur garantie financière, des Ateliers Protégés, dans la forme juridique la plus adaptée aux circonstances locales (Régie, Concession, Société d'économie mixte, etc...).

Ainsi que le prévoit l'article L 323-31 du Code du Travail, les Ateliers Protégés peuvent être créés par les entreprises. Le personnel de l'Atelier Protégé est décompté dans le personnel total de l'entreprise pour l'application des dispositions légales, réglementaires ou conventionnelles applicables aux employeurs et notamment des articles R 323-51 et R 323-94 du Code du Travail, toutefois le personnel de l'Atelier Protégé fera l'objet d'une gestion séparée.

C - Fonctionnement

Les Ateliers Protégés doivent tendre à l'équilibre de leur gestion, et l'agrément ne pourra être maintenu si des déséquilibres importants et durables apparaissent.

Selon l'avis émis par la Section Permanente du Conseil Supérieur pour le Reclassement professionnel et Social des travailleurs handicapés, le déficit éventuel du compte d'exploitation ne peut dépasser le montant des salaires bruts (calculés dans les conditions de l'article L 323-32, 2ème alinéa du Code). De plus, le montant des produits, hors subvention, doit être supérieur au montant des charges salariales résultant de l'emploi des travailleurs handicapés.

En application des dispositions de l'article R 333-62-2 du Code du Travail, un rapport d'activité est envoyé, chaque année, à la Direction départementale du Travail et de l'emploi.

D - Subventions

En application de la loi n° 75-534 du 30 juin 1975, d'orientation en faveur des personnes handicapées, l'Etat, les départements, les communes ou les organismes de Sécurité Sociale ont la possibilité d'accorder des subventions aux Ateliers Protégés préalablement agréés par arrêté du Ministère du Travail. Toutefois, les subventions de l'Etat n'interviennent que pour les Ateliers Protégés employant plus de 20 salariés.

Les subventions de fonctionnement sont allouées au titre de conventions annuelles, elles ont pour but de compenser les surcoûts d'exploitation entraînés par l'emploi de travailleurs handicapés. En aucun cas, les subventions de fonctionnement ne doivent servir à l'accroissement du salaire brut calculé selon les dispositions de l'article L 323-32, 2ème alinéa du Code du Travail. Ces subventions sont accordées sur le vu du rapport d'activité après avis de la Section Permanente du Conseil Supérieur pour le reclassement professionnel et social des travailleurs handicapés.

Les subventions d'investissement peuvent être accordées dans le but de faciliter l'équipement des Ateliers Protégés en machines-outils importantes (tours, fraiseuses, etc...). La demande de subvention est présentée au Directeur du travail et de l'emploi qui la transmet sous le présent timbre accompagnée des résultats de l'enquête qu'il a effectuée. La décision d'accorder la subvention doit intervenir avant la réalisation de l'opération projetée.

E - Dispositions transitoires et cas particuliers

Les travailleurs handicapés dont la capacité de travail n'atteint pas au 1/3 du rendement d'un travailleur valide dans la même tâche sont considérés comme effectuant une période d'essai renouvelable.

La situation d'un établissement actuellement agréé, qui ne peut satisfaire aux conditions de fonctionnement posées au point "C" est examinée par la Section Permanente du Conseil Supérieur pour le reclassement professionnel et social des travailleurs handicapés dans le cadre de l'article D 323-21-1 du Code en prenant en compte les conditions de l'environnement local.

Pour les Ateliers Protégés dont les effectifs sont inférieurs à vingt travailleurs et qui ont perçu, au titre de l'année 1977 ou antérieurement une subvention de l'Etat, leur situation fera l'objet d'un examen particulier.

A N N E X E IV

RELATIVE AUX CENTRES D'AIDE PAR LE TRAVAIL

- Décret n° 77-1546 du 31 décembre 1977 relatif aux centres d'aide par le travail prévus à l'article 167 du Code de la famille et de l'Aide Sociale, J.O. du 12 janvier 1978, p. 333-334.

LE CENTRE D'AIDE PAR LE TRAVAIL

Les caractéristiques principales du centre d'aide par le travail (article 167 nouveau du C.F.A.S., introduit dans ce code par l'article 30 de la L.O.H.) sont les suivantes :

- 1) Le C.A.T. est une "structure d'action médico-sociale précoce" dont les dépenses de fonctionnement donnent lieu à l'établissement d'un prix de journée pris en charge sur le Groupe III des dépenses d'aide sociale (article 13 du décret 77-1546) ;
- 2) Le prix de journée du C.A.T. est distinct du prix de journée ou de toute autre formule concernant le cas échéant les structures d'hébergement annexées au C.A.T. ;
- 3) Les C.A.T. doivent répondre aux conditions d'hygiène et de sécurité prévues par les articles L. 231-1 et suivants du Code du Travail (article 9 décret 77-1546) ;
- 4) L'admission en C.A.T. se fait sur décision de la Commission Technique d'Orientation et de reclassement professionnel (C.O.T.O.R.E.P.) (article 1er, décret 77-1546) ;
- 5) L'article 57 de la C.O.H. prévoit la possibilité d'accueillir en C.A.T. les malades mentaux dont l'état ne nécessite plus le maintien en hôpital psychiatrique, mais qui requièrent temporairement une surveillance médicale et un encadrement en vue de leur réinsertion sociale ;

6) Un même établissement peut comporter une section d'atelier protégé ou de distribution de travail à domicile et une section d'aide par le travail (article 167 paragraphe 2) ;

7) Le montant des ressources garanties aux personnes admises en C.A.T. est fixé, à l'issue de leur période d'essai, à 70 % du S.M.I.C. ;

8) Les C.A.T. ne sont pas assujettis au versement des cotisations d'assurance-chômage (article 18, décret 77-1546) ;

9) La durée du séjour ou le maintien en C.A.T. sont soumis à la C.O.T.O.R.E.P.

Le caractère de "structure médico-sociale" du centre d'aide par le travail ressort de l'énoncé de ces différentes caractéristiques. Il doit être réservé aux handicapés les plus atteints, dont la capacité de travail est la plus faible.

BIBLIOGRAPHIE

1) RÉFÉRENCES CITÉES :

1. AFLALO M. et coll. : "Le C.R.I.T."
Information Psychiatrique, nov. 1974, n° 9 vol. 50, p. 947-958.
2. AMIEL R. et ARMAND-LA ROCHE : "Les établissements extra-hospitaliers"
E.M.C. n° 6, 956 A 10.
3. AMIEL R. et BAUME :
Réadaptation, mars 1961, n° 78, p. 37.
4. BALVET P. : "Les comportements de passivité au cours de la chimio-
thérapie des psychoses".
Journal de Médecine de Lyon, 1959 n° spécial, p. 71-81.
5. BARTON R. : "La névrose institutionnelle"
édit. du SCARABEE, préface de R. GENTIS.
6. BEAUDOIN A. : "Déficiência mentale, marché du travail et foyer de
transition. Le malade mental, le travail et la société".
Montréal, Hôpital St Jean de Dieu, 1967, 16, p. 56-61.
7. BEAUJARD et RAYMOND R. : texte ronéotypé de 1977, d'après l'article
de la Revue de Neuropsychiatrie infantile du 9/10/1963.
8. BLEANDONU G. : "Création d'un hôpital de jour à Genève".
Information Psychiatrique, nov. 1972, 48 (9), p. 891-906.
9. BOURRET J. : Introduction
Revue lyonnaise de Médecine, 1967, 66, 16-5-7.
10. BOURRET J. et DETRY R. : "Les problèmes pratiques que posent les
troubles mentaux dans le personnel hospitalier".
Arch. Mal. Prof. 1969, 30, 10-11, p. 584-591.
11. DENIKER P. : "Qui a inventé les neuroleptiques ?"
Confrontations Psychiatriques, 1975, n° 13, p. 8-14.

12. DENIKER P. et GINESTET D. : "Les effets psychiques des neuroleptiques".
Confrontations Psychiatriques, 1975, n° 13, p. 135-151.
13. D'ORAZIO R. : "Pratique d'un lieu : la Résidence Jean Dechaume.
Théorie d'un champ : la socialisation".
Thèse Lyon I, 1976.
14. DOURY, LANDON et coll. : "Accueil et reclassement du malade mental
dans l'entreprise. Les difficultés de la rencontre entre le médecin
du travail et le malade mental".
Revue Lyonnaise de Médecine 1967, 16, p. 663-669.
15. EY H. : "Histoire de la Psychiatrie".
E.M.C., 005 A 10.
16. EY H. : "Neuroleptiques et services hospitaliers".
Confrontations Psychiatriques, 1975, n° 13, p. 19.
17. FOUCAULT M. : "L'histoire de la folie à l'âge classique".
édit. GALLIMARD, 1972.
18. FOUCAULT M. : "Naissance de la clinique".
P.U.F., 1963.
19. FRIEDMAN G. : "Où va le travail humain ?"
Collection Idée, GALLIMARD, 1965.
20. FRIEDMAN G. : "Le travail en miettes".
Collection Idée, GALLIMARD, 1964.
21. GILLET M. : "Considérations sur la persistance d'une réalité asilaire
au sein de l'hôpital psychiatrique".
Thèse Médecine, Lyon 1968.
22. I.N.S.E.R.M. : "Statistiques médicales des établissements psychiatriques".
Trois fascicules, 1970, 1971, 1972.
23. JAEGGI Fr. : "Travail et thérapie de réadaptation".
E.M.C., n° 6, 931 A 10.

24. Journal Officiel du 15 janvier 1978, p. 495 et 496.
25. LAFFITE et POUJADE : "Liaison nécessaire entre médecins du travail et médecine des hôpitaux psychiatriques".
Arch. Mal. Prof. 1962, 23, 9 605-7.
26. LAMARCHE A. : "Aperçu historique de la création du C.P.R.S.A.O."
Information Psychiatrique, 1964, n° 9, p. 664.
27. LAMBERT P.A. : "L'avenir des neuroleptiques".
Confrontations Psychiatriques, 1975, n° 13, p. 269.
28. LONGIN Y. : "Analyse historique d'institutions psychiatriques en fonction de la réadaptation et de la réinsertion socio-professionnelle des malades et handicapés mentaux".
Thèse (Sciences Sociales), Paris 1975.
29. MICHAUD G. : "La notion d'institution dans ses rapports à la théorie moderne des groupes".
Université de Paris, 1958.
30. MONTES F. : "Le travail protégé".
Réadaptation, mars 1972, n° 188.
31. NERET:(guide pour les handicapés), 10ème édition.
32. STORPER, PEREZ D. : "Sociologie de l'hôpital psychiatrique"
E.M.C., 928 A 10.
33. TOSQUELLES Fr. : "Le travail thérapeutique à l'hôpital psychiatrique".
édition du SCARABEE, 1967, CEMEA.
34. VERRY M. : "La réadaptation des malades mentaux et la tentation asilaire".
Thèse d'économie de la santé, Paris 1975.

2) ARTICLES ET OUVRAGES CONSULTÉS :

35. ACHAINTE A. : "L'ergothérapie en question".
Lyon Méd., 26 mai 1974, 231, n° 10, p. 941-944.
36. ACHALLE J.Y., RAPPARD P. et LINARD C. : "Une thérapie de réinsertion sociale : trente ans de psychodidactie."
Ann. méd. psychol., oct. 1974, 132, n° 3, p. 469-475.
37. AFLALO M. et coll. : "Six mois d'existence du centre de réadaptation sociale et d'intégration au travail".
Acta psychiat. belg., janv. 1973, 73, n° 1, p. 112-121.
38. BARRAL C. et GAUJARD M. : "Difficultés du maintien au travail du malade mental".
Arch. Mal. prof., sept. 1971, 32, n° 9, p. 586-587.
39. BENNETT D. : "Thérapie communautaire et thérapie par le milieu".
Inform. psychiat., juin 1972, 48, n° 6, 545-548.
40. BLAND R.C. et NIXON G.W.H. : "Programme de réadaptation sociale pour malades en séjour prolongé à l'hôpital psychiatrique".
Brit. J. Psychiat., déc. 1972, 121, n° 565, p. 641-645.
41. CHASSANG P., JAEGER P. et LE SERGENT C. (Mlle) : "Reclassement professionnel des handicapés mentaux".
Réadaptation, mars 1973, n° 198, p. 41-42.
42. CHEDRU-GUILLON G. : "Possibilités de réadaptation pour les handicapés intellectuels hospitalisés en milieu psychiatrique sectorisé (réflexions, perspectives d'assistance et de soins, à propos de 272 cas)".
Thèse Paris 1968, n° 977, 141 pp.
43. COL P. : "Une expérience de coordination : l'association départementale pour la réinsertion professionnelle et le travail protégé, Poitiers".
Réadaptation, juil-août 1973, n° 202, p. 37-44.

44. DE OLIVEIRA D.L. (Mle) : "Réflexion sur la fonction du psychiatre dans une consultation de reclassement professionnel de "handicapés mentaux" ou le psychiatre et "son" handicap".
Thèse Paris 1972, n° 42, 116 pp.
45. DOUSSINET P. : "Nouvelles formules d'accueil en résidence et en foyers dans le milieu social".
Réadaptation (n° spécial), fév. 1972, n° 187, p. 14-22.
46. FIORENTINI H. et LASSAVE R. : "A propos d'une enquête locale portant sur le reclassement des malades mentaux. Données critiques et perspectives".
Arch. Mal. prof., juin 1970, 31, n° 6, p. 283-291.
47. GAGNIERE B., DUCASSOU R., AGULHON L. et VERNET J.P. : "Une expérience de centre d'aide par le travail".
Ann. méd. psychol., oct. 1974, 132, n° 3, p. 492.
48. GARRONE G. : "Réadaptation et travail protégé".
Méd. et Hyg. (Genève), 5 sept. 1973, 31, n° 1068, p. 1231-1233.
49. GOUIRAN M. et BAUDRY M. : " Les problèmes de réinsertion à la lumière de l'expérience d'un foyer de post-cure".
Ann. méd. psychol., juin 1973, 131, n° 1, p. 140-147.
50. HULSMANN P. : "Nouvelle voie pour la réadaptation professionnelle du malade mental. Principe du point de vue de la gestion du travail".
Nervenarzt, mars 1970, 41, n° 3, p. 131-138.
51. IANNUCELLI C., VESCOVINI L. et ZAMPIGHI G. : "Ergothérapie et resocialisation : analyses et propositions sur le problème de la réinsertion du malade dans la réalité du travail. Table ronde "Réalisations et prospectives ergothérapiques à l'hôpital psychiatrique", Reggio Emilia, 23 fév. 1971, in Riv. sper. Freniat., 30 av. 1971, 95, n° 2, p. 443-448.

52. JAEggi F. et BLEANDONU C. : "Les centres socio-ergothérapiques à Genève".
Inform. psychiat., av. 1971, 47, n° 4, p. 313-325.
53. JOLIVET B. : "La remise et le maintien au travail des malades mentaux.
Réadaptation, juil-août 1973, n° 202, p. 3-18.
54. JULIEN C. : "Le comportement de la famille face aux problèmes de l'emploi".
Réadaptation, fév. 1972, n° spécial, n° 187, p. 23-24.
55. LAURENT P. et VEIL C. : "La remise au travail d'un malade mental".
Bull. G.N.E. Méd. Bât. 1971, 8, n° 3, p. 367-388.
56. LEIBOVICI M. : "L'intégration des handicapés mentaux dans la fonction publique est-elle possible ?"
Réadaptation, mars 1973, n° 198, p. 38-40.
57. LONGIN Y.R. : "Etude des échecs et des réussites dans la réinsertion sociale des handicapés mentaux. Travail effectué au centre de post-cure et de réadaptation agricole de l'ouest, 1969.
Thèse 1969, n° 121 bis.
58. MELEHOV E.D. : "Réadaptation sociale des malades mentaux et psychiatrie clinique".
Inform. psychiat., av. 1971, 47, n° 4, p. 335-341.
59. MORGAN R. : "Réadaptation professionnelle des malades mentaux en séjour prolongé à l'hôpital".
Proc. roy. Soc. Med., déc. 1970, 63, n° 12, p. 1332-1335.
60. PERIVIER E. et FRUCHARD R. : "La réadaptation par le travail".
Sauvegarde Enf., mai-juin 1974, 29, n° 5-6, p. 266-272.
61. REYES J.R. et MARTIN J.H. : "Thérapeutique par le travail dans les maladies mentales".
Act. luso-esp. Neurol., oct. 1970, 29, n° 4, p. 295-318.

62. SATTES H. : "Psychiatrie sociale et réadaptation des malades mentaux".
Munch. med. Wschr. 22 janv. 1971, 113, n° 4, p. 146-148.
63. STEVENS B.C. : "Evaluation de la réadaptation des malades psychotiques
dans une communauté.
Acta psychiat. scand., 1973, 49, n° 2, p. 169-180.
64. VAYSSE E.J. : "Témoignage sur le reclassement professionnel des
malades mentaux".
Réadaptation, juil-août 1973, n° 202, p. 23-24.
65. VEIL C. : "Le travail protégé des malades mentaux".
Réadaptation, mars 1972, n° 188 (n° spécial), p. 37-42.
66. VELTIN A. : "Le malade employé de l'hôpital psychiatrique ? Un moyen
pour un but".
Thérapeutique sociale. Nervenarzt, av. 1975, 46, n° 4, p. 189-196.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION

CHOIX, INTÉRÊT ET DÉLIMITATION DU SUJET

PAGE

1

CHAPITRE I

1) ÉVOLUTION DES SOINS ET DES CONCEPTIONS MÉDICO- PSYCHOLOGIQUES DANS L'INSTITUTION PSYCHIATRIQUE

5

a) Modèle médical

b) Modèle psychologique

c) Modèle social

d) Evolution des soins à l'hôpital psychiatrique

2) DÉFINITIONS : RÉADAPTATION - RÉINSERTION

13

3) INTÉRÊT DU TRAVAIL POUR LES MALADES MENTAUX ADULTES

15

4) LA RÉINSERTION EN FRANCE DEPUIS 1945

19

a) L'ergothérapie pavillonnaire

b) Hôpital de nuit - Hôpital de jour - Clubs
psychothérapeutiques

c) Centres de réadaptation

d) Centres d'Aide par le Travail

e) Recyclage professionnel

f) Ateliers Protégés

g) Foyers de post-cure

	PAGE
5) INFLUENCE DE L'HOSPITALISATION SUR LA RÉINSERTION	35
a) Influence de la durée du séjour hospitalier	
b) Influence des traitements psychotropes	
6) CONCLUSIONS DU PREMIER CHAPITRE	42

CHAPITRE II - METHODOLOGIE

1) PRÉSENTATION DE MESSIDOR	45
a) Préparation	
b) Population concernée	
c) Bases juridiques	
1) Législation antérieure à 1975	
2) Loi d'orientation	
3) Conclusions	
d) Naissance - Statut - Fonctionnement	56
2) EXPOSÉ DES OBSERVATIONS	62

CHAPITRE III - EXPOSE DES RESULTATS - ANALYSE - DISCUSSION

1) ÉTUDE DES CAUSES DES ÉCHECS ANTÉRIEURS	103
a) D'après nos observations	
b) Limites de la psychiatrie de secteur	

	PAGE
2) RELATIONS DU MÉDECIN DU TRAVAIL AVEC LE PSYCHIATRE DES HÔPITAUX PSYCHIATRIQUES	107
3) RÉSULTATS DEPUIS 20 MOIS À MESSIDOR	109
4) ANALYSE ET DISCUSSION	114
5) CONCLUSIONS DU TROISIÈME CHAPITRE	120
CONCLUSIONS GÉNÉRALES	125
ANNEXE I : RÉFÉRENCES DES TEXTES OFFICIELS RELATIFS AU SECTEUR	128
ANNEXE II : CONCERNANT LA GARANTIE DE RESSOURCES	130
ANNEXE III : CONCERNANT LES ATELIERS PROTÉGÉS ET CENTRES DE DISTRIBUTION DE TRAVAIL À DOMICILE	132
ANNEXE IV : CONCERNANT LES CENTRES D'AIDE PAR LE TRAVAIL	144
BIBLIOGRAPHIE	146

Nous remercions les Laboratoires SPECIA
de leur aide dans l'impression de ce travail.

